EPB Ser.
Jov. C/7

7e ANNÉE.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES,

PAR LES DOCTEURS

A. TROUSSEAU, J. LEBAUDY, GOURAUD;

ACCOMPAGNÉ DE DOUZE PLANCHES D'ANATOMIE DE GRANDEUR NATURELLE GRAVÉES SUR ACIER.

10 FR. POUR PARIS ; 12 FR. POUR LES DÉPARTEMENTS.

On souscrit

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE RACINE, 3, A PARIS.

1839.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 1. — JUILLET 1839.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Broussais.

PREMIÈRE PARTIE (*suite*) (1).

Les ouvrages sortis de la plume de Broussais sont nombreux (2) et ont joui d'une grande popularité. La facilité et la fécondité faisaient partie de son talent, comme elles font partie, en général, de tous les grands et vrais talents. Il y a toujours dans chaque science spéciale, ainsi que dans les lettres et dans la politique, quelques hommes dont les paroles sont toutes attendues et recueillies avec avidité par le public : Broussais était un de ces hommes. Même au temps de sa décadence, même lorsque sa doctrine n'avait plus de cours, ni parmi les médecins, ni parmi les étudiants, ceux de ses ouvrages qui attirèrent le plus sur lui la sévérité de la critique étaient lus et commentés dès leur apparition. On doit dire pourtant, sans vouloir rien ôter à son talent d'écrivain, que cette disposition du public tenait en grande partie à sa manière personnelle d'attaquer les questions; son style, en effet, comme celui des deux plus grands prosateurs de notre époque, ses deux compatriotes, Châteaubriand et La Mennais, son style est personnel et guerroyant. Tout comme on a appelé La Mennais l'abbé guerroyant (*the warlike abbot*), on pourrait appeler Broussais le médecin guerroyant (*the warlike physician*). Chaque ouvrage nouveau, chaque brochure nouvelle était, à la lettre, une déclaration de guerre ou une nouvelle entrée en campagne. Ce n'était point un médecin apportant au public le fruit de ses observations et de ses méditations, ayant envisagé sous toutes ses faces un point de doctrine ou un point de pratique, voyant avec pénétration et sincérité le fort et le faible de l'idée qu'il apporte, comprenant et faisant comprendre avec calme les indications et les contre-indications d'une méthode de traitement; ce n'était point non plus un de ces observateurs qui vous peignent tellement au vrai ce qui a passé sous leurs yeux, que les conséquences en sortent en quelque façon d'elles-mêmes, de ces hommes qui vous disent : « Voilà ce que j'ai vu, voyez! » Ce n'était ni Van-Swieten, ni Sydenham, non ; mais un homme ayant saisi à l'amphithéâtre, au lit du malade, ou dans son cabinet, une idée, un fait, et ne concevant plus dès lors qu'il y ait autre chose que cette idée, que ce fait; voyant le sort de la *triste humanité* compromis, si tout ne cède à sa parole. Donc il attaque, donc il renverse tout ce qui se trouve devant lui. Il ne sait pas tout d'abord où il va ; mais quand il voit jusqu'où il a été, il juge qu'il a dû aller jusque-là, qu'il n'avait qu'une voie à suivre, et qu'une fois dans cette voie il a dû marcher. Aussi, un de ses grands mérites comme une de ses grandes faiblesses, c'est de ne reculer devant aucune conséquence : — il l'a malheureusement prouvé ; — ce qui dans la polémique lui donne une force singulière contre ceux qui lui ont fait une cencession dont il puisse tirer parti, ou qui véritablement lui prêtent le flanc.

Ce qui frappe dans le style de Broussais,

(1) Voir le dernier numéro.

(2) *Thèse sur la fièvre hectique* (1805); — *Histoire des phlegmasies chroniques* (1808), réimprimée quatre fois;—*Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*, première édition en 1816, deuxième édition en 1821, sous le titre d'*Examen des Systèmes de Nosologie, précédé de propositions renfermant la substance de la médecine physiologique*, troisième édition en 4 vol. (1829-1834);—*Traité de Physiologie appliquée à la Pathologie* (1821), deuxième édition en 1834 ;—*De l'Irritation et de la Folie* (1828); *Commentaires des propositions de pathologie consignées dans l'Examen* (1829), 2 vol. in-8°; —*Cours de Pathologie et de Thérapeutique générales*, 3 vol. in-8 (1835);—*Mémoires sur la Philosophie de la médecine et sur l'influence des médecins physiologistes* (1832); — *du Choléra-Morbus épidémique* (1832);—*De la Théorie médicale dite Pathologique*, contre M. Prus (1826); — *Réponse* aux critiques de l'ouvrage sur *l'Irritation et la Folie* (1829);— *Mémoire sur l'association du physique et du moral*, lu à l'Académie des sciences morales et politiques en 1834;—*Cours de Phrénologie* (1836).

Outre ces ouvrages et ces mémoires, Broussais a écrit un grand nombre d'articles de clinique, de physiologie et de polémique médicale, dans les *Annales de la Médecine physiologique*, journal qu'il fonda en 1822 et qui cessa de paraître en 1834.

c'est l'accent de conviction. S'il prend la plume, c'est qu'il y a de par le monde des *brouwniens*, des ontologistes, qui répandent de funestes doctrines : il faut les faire taire, il faut les livrer au mépris des contemporains et de la postérité. Vers la fin de ses jours, il crut devoir s'occuper de philosophie, bien que cette science fût en dehors de ses études habituelles, parce qu'il remarquait que la jeunesse française était séduite par les ridicules doctrines du kanto-platonisme. On a quelquefois accusé Broussais de mauvaise foi, parce qu'il ne voulait pas reconnaître des faits qui devaient lui sauter aux yeux, parce qu'il persistait dans certaines idées pratiques évidemment nuisibles. Cette accusation était fausse ; c'était mal connaître un esprit tel que le sien. S'il ne reconnaissait pas des faits d'un certain ordre, c'est qu'il était plongé dans les faits d'un ordre différent ; il était, si je puis dire, de mauvaise foi sans le savoir et comme malgré lui. On lui a reproché de ne pas être impartial : il s'en serait bien gardé ! Il ne le voulait pas, la vérité en aurait souffert ! « Je n'ai point cru, dit-il quelque part, devoir adoucir ma critique par des éloges accordés à la célébrité ; j'aurais manqué mon but en inspirant trop de confiance pour des ouvrages qui ne sauraient être lus sans danger par ceux qui n'ont pas été prémunis contre les erreurs qu'ils contiennent. Je ne dis pas qu'il ne s'y trouve rien de bon, et je désire qu'on en profite ; mais le ton d'arrogance de leurs auteurs, et l'obstination qu'ils mettent à s'opposer à la recherche de la vérité, méritaient qu'on les fît sérieusement rentrer en eux-mêmes ; un jour ils seront appréciés, et l'histoire, en les mettant à leur place, applaudira peut-être à ma résolution. »

Son style, du reste, est animé, plein de couleur, de mouvement et de vie ; sa principale prétention est celle de la clarté ; à chaque page, à chaque phrase presque, il demande hardiment si ce n'est pas plus clair que ce que disent ses adversaires, ses *ennemis*, que ce que disent les *rêveurs*, les *philosophes*, et il retourne cet argument avec une verve et un esprit qui mettent presque toujours les rieurs de son côté, ne fût-ce que pour un instant. Il résulte de cet amour de la guerre médicale, de cette ardeur de conviction, de cette impatience de toute contradiction, de cette passion ironique, que l'invective tient chez lui une large place et qu'on a souvent comparé ses écrits à des diatribes. Ne pourrait-on pas dire que cette manière d'invective est un élément de popularité, et que tout homme qui se moque des autres avec une grande hardiesse et un talent incontestable est par là même populaire, c'est à-dire toujours écouté par la foule ? Cette observation paraîtra encore plus vraie, si l'écrivain ou l'orateur flatte les passions de la foule : Broussais prétendait être le continuateur de la philosophie du XVIIIe siècle et de la réforme, l'homme de la révolution médicale qui venait après les hommes de la révolution sociale, et il parlait dans un temps et dans des lieux où les passions politiques étaient fort exaltées. Il proclamait qu'il était aussi absurde de combattre ses idées que de combattre les idées des philosophes du XVIIIe siècle, et, lors de sa nomination à la Faculté, en 1831, il déclara qu'il avait fallu la révolution de juillet pour le faire entrer à l'École.

Outre la simplicité à laquelle il avait réduit la pratique médicale, voilà, selon nous, l'explication de la popularité de Broussais. Mais de plus, il faut le dire, comme style médical, son style a, en effet, de très-belles et très-grandes qualités : la clarté, la force, et une allure à la fois logique et passionnée qui entraîne (1) le lecteur, et qui, si elle ne le persuade pas toujours, le fait au moins toujours réfléchir aux choses les plus importantes. Broussais avait beaucoup voyagé, beaucoup ouvert de cadavres dans les amphithéâtres, beaucoup vu de malades dans les hôpitaux et dans des pays fort différents : son éloquence s'animait à propos de tous ces souvenirs qu'il savait rendre vivants, et ces observations comparées répandaient toujours beaucoup d'intérêt sur les questions qu'il agitait. Il se faisait honneur de son titre de médecin militaire, et disait souvent que les médecins d'armées étaient ceux qui, par leur position, avaient l'expérience la plus étendue et la plus variée, conséquemment ceux qui devaient avoir les idées les plus justes et les plus complètes sur la nature des maladies. Sans vouloir ôter rien à des hommes tels que Pringle, Desgenettes et Broussais, les médecins civils ont toujours réclamé contre cette prétention des médecins militaires, et ont apporté pour preuve en leur faveur la variété infinie de nuances pathologiques que présentent les grands centres de la civilisation où se pressent tous les âges, tous les sexes, toutes les passions, toutes les professions, toutes les fortunes et toutes les misères. Après tout, à quoi aboutissent toutes ces prétentions ? Cos, la patrie d'Hypocrate, était une ville de deux mille âmes ! Et qu'était-ce que Leyde, avant que Boerhaave l'eût rendu célèbre, et eût, de son vivant, augmenté de moitié l'étendue et la population de cette ville ?

Le médecin du Val-de-Grâce avait peu d'érudition médicale, du moins la lecture de ses ouvrages nous le donne à penser, par la manière légère et superficielle dont il traite les hommes et les idées les plus considérables. Mais ne les recherchant que de son point de vue, ne les étudiant que pour savoir en quoi ils sont favorables ou contraires à sa doctrine, ayant d'ailleurs la faculté de saisir avec rapidité les idées qu'il passe en revue, il les attire avec art dans son domaine, sur le terrain de sa critique ; il fait ainsi de peu beaucoup ; il a, si l'on peut s'exprimer de la sorte, une érudition d'intuition : avec quelques lignes d'un homme, il connaît un homme, et porte toujours un jugement à effet. Le jugement est

(1) . . . . In medias res
Lectorem rapit.

faux, mais l'effet est produit sur l'esprit du lecteur, et c'est tout ce qu'il demande.

Telle est la nature du talent de Broussais, tel est son caractère d'écrivain. Qu'a-t-il fait de ce talent? — Ainsi que tous les fondateurs de doctrine, il a renversé avant de bâtir; il a donc sa partie *critique* et sa partie *dogmatique* : c'est sous ce double point de vue que nous devons le considérer.

Nous sommes de ceux qui le reconnaissent, cet écrivain a une capacité d'intelligence et de logique médicales qui ne nous paraît exister à un aussi haut degré dans aucun des hommes d'aujourd'hui, ni dans aucun de ceux qu'il a eus à combattre et que la médecine a perdus. Il sait où sont les bases de la science, et il les sonde avec audace; il conçoit l'art médical dans toute sa généralité, en homme fait pour être médecin et pour reculer les bornes de la médecine, il veut à cet art des lois, et il comprend à merveille que toute espèce de lois ne lui vont pas, et souvent il démontre fort bien que les lois qu'ont essayé de tracer ceux qu'il appelle ironiquement les *législateurs* sont mauvaises. C'est là, dans cette haute généralité (quelquefois dans le détail, mais beaucoup moins), que sa logique est juste, belle, puissante. Oh! alors, tant qu'il est dans ce cercle, donnez-lui un adversaire qui ait bien tort, un homme qui ait fondé sa théorie sur des données bien illégitimes, ou qui ait divisé et classifié les maladies bien arbitrairement; quelque fort ou quelque spécieux que soit cet homme, Boerhaave ou Pinel, vous verrez se déployer le talent de *critique* de M. Broussais avec toute sa verve; vous le suivrez avec un attrait que nul autre ne vous inspire; vous crierez qu'il a raison, qu'il verse la lumière à pleines mains. Aussi quels triomphes n'a-t-il pas remportés sur les empiriques et les sceptiques de nos jours, sur les médecins qui ramassent avec une minutie extrême, et pêle-mêle, tous les détails les plus minimes, sans essayer d'y mettre l'ordre et l'harmonie qui réduisent les phénomènes de la vie à la plus grande sécheresse possible, qui les privent de leur langage, de leur signification, qui croient avoir analysé un fait lorsqu'ils l'ont émietté au point de le rendre méconnaissable, *qui ne se plaisent*, comme le dit Broussais, *que dans la dissociation, et qui sont nés pour embrouiller toutes les questions*! Les faits naturels sont composés d'éléments qui, par leur combinaison et leur association, présentent à notre esprit des mots, des phrases, ou, si l'on veut, des figures et des tableaux. Or, celui-là n'est pas savant, n'est pas médecin, n'est pas artiste, qui, ayant sous les yeux ces éléments, n'y découvre ni phrases ni tableaux; il ne sait pas lire le livre de la nature.

Broussais, comme Bordeu et comme Bichat, était vitaliste. L'esprit du vitalisme s'est toujours répandu dans ses écrits, et a donné une grande puissance à sa critique, à une époque où la médecine se plongeait tête baissée dans l'anatomie pathologique. Dans son *Traité de Physiologie appliquée à la pathologie*, il s'exprime ainsi : « La puissance qui préside à la formation, au développement et à la conservation, est celle qui opère l'assimilation des substances nutritives, qui en tire de la gélatine, de l'albumine, de la fibrine, qui donne à ces formes de la matière animale la propriété contractile, qui règle la forme, la consistance, le volume, la durée de nos organes, qui les rétablit dans les conditions nécessaires à l'état de vie et de santé, lorsqu'ils en ont été écartés par une cause morbifique. Or, je le demande maintenant, est-ce la contractilité qui produirait tous ces effets? Il vaudrait autant dire que la contractilité se produit elle-même, puisque nous avons vu qu'elle tient essentiellement à la forme de la matière animale, que la puissance vitale est seule capable de créer. La contractilité ne saurait donc jamais être considérée que comme un des ouvrages de la force vitale, comme un moyen qu'elle emploie pour exécuter les mouvements qui doivent concourir à l'entretien des fonctions.

« La force ou puissance vitale préexiste donc nécessairement aux propriétés, ou, pour mieux dire, à la propriété fondamentale des tissus; elle commence par la créer, ensuite elle s'en sert comme d'instrument pour se procurer les matériaux avec lesquels elle travaille continuellement à la composition du corps vivant. La contractilité, la sensibilité de relation, quoique ne marchant pas exactement sur la même ligne, sont donc des témoignages, des preuves évidentes de l'existence de la force vitale; mais elles ne sauraient être la force vitale.

« Cette force vitale est assurément inconnue dans son essence, car c'est une cause première; mais elle se manifeste à nos sens par des changements de forme dans la matière. Ces changements consistent dans une modification spéciale des affinités moléculaires qui président à la chimie des corps inanimés, c'est-à-dire qu'elle se fait connaître par des phénomènes chimiques, mais d'une chimie propre à chacun des corps vivants. Or, cette chimie vivante est le phénomène le plus reculé qui frappe nos sens; elle n'est pas sans doute la force vitale proprement dite, mais elle en est le premier instrument, l'instrument invisible, immatériel, que nous ne connaissons que par la voie du raisonnement. En un mot, c'est l'instrument par lequel la force vitale, en agissant sur la matière, produit les instruments secondaires, purement matériels, perceptibles à nos sens, et où nous pouvons découvrir ce que nous appelons les *propriétés vitales de tissu*. »

Celui qui a écrit ces propositions devait écrire la suivante : « Toute maladie est vitale dans son commencement, » et en suivre toutes les conséquences. Aussi combien ne s'emporte-t-il pas contre cette médecine qu'on a appelée *médecine des lésions*, *médecine organique*! Avec quelle verve éloquente il s'indigne de l'habitude qu'ont prise les médecins de nos jours de voir toute la maladie sur le cadavre, et de se laisser détourner, par les inspections nécroscopiques, de l'observation et de l'appréciation des causes de maladie, des phé-

nomènes, directs ou sympathiques, de réaction de l'organisme contre les agents modificateurs, enfin de l'action des moyens thérapeutiques! Je le répète, quand Broussais se tient dans ces généralités, les trois quarts du temps on ne saurait mieux penser et mieux dire qu'il ne fait. Ceux qui, comme nous, attachent l'importance première dans les maladies aux faits vitaux, aux phénomènes de la réaction vitale; qui croient que toute la médecine est là, et que le plus souvent l'anatomie pathologique vient pour compléter l'histoire de la maladie plutôt que pour en éclairer le diagnostic et le traitement, ceux-là ne trouveront-ils pas pleines de sagesse les paroles que nous allons citer sur la funeste tendance imprimée aux études médicales par l'anatomo-pathologisme contemporain? « Cette méthode d'instruction médicale est fréquemment suivie de nos jours. Le jeune élève, chargé d'ouvrir et non de traiter, de constater les altérations des organes et non de les prévenir, commence par s'exercer à prévoir les désordres qui vont apparaître à l'ouverture de chaque malade qui s'achemine vers la mort. L'anatomie pathologique se place ainsi en premier ordre dans son esprit.

« La médecine s'étudie donc aujourd'hui par une méthode tout opposée à celle que l'on suivait autrefois: on étudiait les groupes de symptômes, et l'on allait ensuite les comparer avec l'état des organes, lorsque la chose était possible, ce qui arrivait bien rarement. Aujourd'hui que toutes les études commencent par l'anatomie, on débute par remarquer les différences qui existent entre l'état normal et l'état anormal, et l'on fait toute sorte d'efforts pour soumettre les groupes des symptômes aux altérations matérielles, telles qu'on les rencontre dans les cadavres, c'est-à-dire pour trouver l'explication des symptômes dans les altérations matérielles des organes. De là résulte un profond mépris pour les phénomènes de vitalité considérés en eux-mêmes, ou pour la physiologie pathologique; et le défaut de notions exactes sur la manière dont l'aberration de ces mêmes phénomènes arrive définitivement à la production des altérations organiques. »

Assurément ici Broussais est plus vitaliste et plus médecin que Bayle et Laennec, qui se prétendaient vitalistes et hippocratistes. Je sais que plus tard, dans le détail, sur un grand nombre de points, lorsqu'il voudra expliquer par l'inflammation les lésions les plus éloignées du type inflammatoire, il aura tort contre eux; mais dans cette partie supérieure de sa critique il a mille fois et admirablement raison, et c'est une belle et grande chose que l'intelligence du médecin ainsi en lutte avec un organisme souffrant et altéré dans sa substance, en appelant toujours aux ressources de la vitalité troublée, allant jusqu'à refuser d'admettre les faits irrévocablement accomplis dans l'économie, plutôt que désespérer du malade. Le malheur, en tout ceci, est que Broussais ne reconnaît qu'un mode de vitalité morbide, l'irritation inflammatoire, ou l'inflammation.

La principale idée qui ait présidé à la critique de Broussais, celle qu'il a retournée sous toutes les faces, c'est le reproche d'*ontologie* qu'il fait aux auteurs. Il entendait par là que, au lieu de fixer son attention sur des phénomènes réels et observables, sur l'état des viscères et la réaction des organes, on avait substantialisé des abstractions de l'esprit, on avait créé des *êtres* qu'on s'était ensuite mis à combattre. Ainsi Brown, qui ne voyait que *faiblesse* dans toutes les maladies, avait fait de *la faiblesse* un *être* indépendant de l'état des organes; il n'avait pas vu qu'en faisant cesser un certain état des organes, il faisait cesser la faiblesse, que conséquemment la faiblesse n'avait pas d'existence propre et essentielle; ainsi les nosologistes, tels que Sauvage et Pinel, qui avaient groupé ensemble un certain nombre de phénomènes extérieurs, de symptômes, pour leur imposer le nom d'une maladie, avaient fait de ces abstractions de leur esprit des êtres qu'ils avaient décorés d'un nom; ils n'avaient pas vu que ces caractérisations extérieures des maladies ne sont pas la maladie, et peuvent appartenir à des affections très-différentes par leur nature. Tout cela était ontologie! A notre sens, c'était là un principe très-juste, une idée féconde jetée dans le champ de la critique médicale: il est très-vrai que quelques différences extérieures ne constituent pas des différences essentielles entre les maladies; que, pour la cure des maladies, nous devons chercher à connaître leur nature autant que cela nous est possible; que cette nature des maladies nous est manifestée par des circonstances *caractéristiques* qui sont autre chose que de simples symptômes. Ainsi les fièvres exanthématiques, les fièvres intermittentes, peuvent donner lieu à des *symptômes* très-différents sans changer de *nature*; une phlegmasie, une névralgie, font naître des phénomènes extérieurs qui varient suivant leur siége, sans pour cela que leur nature ait changé. Quelques erreurs que Broussais ait pu ensuite commettre lui-même sur la nature des maladies, à quelques écarts ontologiques qu'il ait pu se laisser aller, cette critique était très-fondée; elle a fait réfléchir sur ce qu'il y avait d'arbitraire, d'imaginaire dans un grand nombre de définitions et de classifications en usage; elle a rendu de grands services à la science; et il faut encore souvent admirer Broussais dans la poursuite qu'il fait de tous ces êtres imaginaires qui peuplaient le monde médical, lorsqu'il représente les médecins tremblants devant ces fantômes, et n'osant pas, dit-il, verser une goutte de sang; lorsqu'il nous montre ces pauvres gens croyant toujours voir l'*ataxie* et l'*adynamie* cachées derrière les rideaux du malade et leur tendant des piéges avec une infernale malice. Quand ces reproches tombent juste, comme quand il s'agit de Brown et même de Pinel, la polémique de Broussais est d'une puissance extraordinaire et saisit merveilleusement l'esprit: c'est une vivacité, un bon sens, une logique, une verve sans pareils, et il est im-

possible de ne pas dire : Il a raison. Broussais tenait beaucoup à ce qu'il appelait la découverte de l'ontologie médicale, et la considérait comme un de ses principaux titres de gloire; voici ses paroles à ce sujet : « La découverte de cette ontologie médicale, qui s'opposait depuis le commencement des siècles à ce que la médecine figurât au rang des sciences, est ma propriété; je n'en ai trouvé le germe dans aucun ouvrage. »

Malheureusement (car, après avoir eu raison, il faut toujours qu'il ait tort), Broussais abusa de sa *propriété*. Bientôt il ne vit plus qu'*ontologie* partout; il ne fut pas possible d'exprimer une seule pensée, de dire un seul mot, sans être ontologiste. Lui vitaliste, lui philosophe, il ne voulut plus qu'on parlât de force vitale, ni de nature, ni de principe quelconque. Lui qui avait admis par le raisonnement l'existence de quelque chose d'immatériel et d'invisible qui faisait agir les organes, qui les formait et les développait, il en vint à demander en ricanant ce que c'était que cet *être* appelé *nature*, appelé *force vitale*, appelé *nature médicatrice*. Il était énivré *d'anti-ontologie*; il ne comprenait plus qu'on pût, sans se livrer à des hypothèses chimériques, donner une expression générale et abstraite d'un fait général comme celui de l'unité vitale et de ses modifications diverses; il crut, quand on parlait d'un fait, qu'on assignait une *cause substantielle* à ce fait. Ce fut là une grande erreur, ce fut celle qui présida à toute sa critique des anciens; il confondit dans un anathème commun les plus purs comme les plus impurs, les systématiques les plus extravagants comme les observateurs les plus sages; il les poursuivit tous avec une égale colère, Hippocrate, Galien, Arétée, comme Thémison; Stahl, Sydenham, Baglivi, Boerhaave, comme Paracelse.

Rappelons en peu de mots la médecine de ces hommes qu'on appelle de nos jours les *anciens* (sans doute parce que leur manière d'observer se rapporte à la méthode antique), et nous verrons si Broussais est en droit de leur jeter au visage, comme il le fait, ces épithètes : *Folie*, *fatalisme*, *ontologisme!*

Une idée fort vieille dans la science médicale, et qui s'est toujours, partout et de tout temps, conservée parmi les médecins observateurs, est celle de l'unité vitale. Cette idée consiste en ce que, dans l'état de santé comme dans l'état de maladies, toute les parties du système agissent de concert; qu'elles *concourent*, qu'elles *consentent*, qu'elles *conspirent* au même but, suivant l'expression d'Hippocrate. Lorsqu'une fonction s'exerce, c'est avec un ordre et une harmonie voulus, c'est avec un ensemble de circonstances auquel s'accommodent toutes les autres fonctions. Chaque point du corps intéresse le système entier, et le système entier intéresse chaque point du corps, suivant une hiérarchie admirablement coordonnée et prévue, et dont les lois se peuvent observer et déterminer. — Quelle est la cause de cette unité d'action vitale dans l'homme? Cette cause est inconnue. On ne peut dire qu'elle soit le résultat du jeu des organes, puisque c'est sous son influence que se développent les organes lorsque l'homme est à l'état de germe ou de matière informe; ni qu'elle soit un effet de la chaleur, de l'humidité, de l'électricité, ou des autres agents physiques, puisqu'elle règle la distribution de ces éléments dans tout corps vivant (1); mais quelle que soit cette cause dans son essence, elle existe; elle existe partout dans l'homme chez qui elle n'a aucun siége particulier.

Eh bien! ce sont les lois de cette *unité vitale*, de cette *nature vivante*, que les bons observateurs de tout temps et de tout pays se sont attachés à étudier et à constater; c'est l'expression générale de ce fait général de la vie qu'ils se sont appliqués à saisir sur l'homme vivant. Pour nous faire entendre par une comparaison que nous croyons juste, ils ont d'abord cherché le *caractère* vital de l'homme malade, ainsi que le moraliste et le philosophe cherchent le *caractère* moral de l'homme social, et comme ces derniers mettent sur un deuxième plan les détails et les effets secondaires du caractère, de même les médecins ont mis sur le deuxième plan les détails et les effets secondaires de la vie de l'homme. Ils ont donc fixé leur première et principale attention sur les grandes réactions générales de l'organisme, sur ces états organiques qui paraissaient être l'altération de la vie elle-même, ou sur des phénomènes qui, quoique particuliers, étaient tellement caractéristiques, qu'ils semblaient bien plutôt dépendre de la manière d'être de tout *l'individu*, de l'état de sa substance tout entière, que de circonstances locales ou accidentelles. C'est ainsi qu'observant la fièvre, ce trouble violent de tout l'organisme, ils la distinguaient et la caractérisaient suivant qu'elle se continuait sans interruption pendant des semaines entières, ou qu'elle ne durait que quelques heures, pour revenir à des périodes fixes; suivant qu'elle était accompagnée d'un grand développement de chaleur, ou qu'elle glaçait le corps, qu'elle minait peu à peu les forces du malade et était *consomptive*, ou qu'elle le rendait à la santé au bout de quelques jours, après avoir exercé sur lui une action dépuratoire; suivant encore que, dans sa marche, elle mettait en mouvement quelque grand appareil, comme celui

(1) « Le principe vital, qui soutient la vie et la chaleur organique au même degré sous des températures si différentes; le principe vital, qui maintient l'électricité organique chez la torpille, au milieu des eaux de la mer, qui devraient la lui enlever; le principe vital, qui soutient l'électricité organique sous le climat des Antilles, dans le temps même où les machines électriques ne peuvent fournir d'électricité physique; la lumière vitale qui rend l'insecte *lumineux* dans l'obscurité la plus profonde; le principe vital, dis-je, n'est ni la lumière physique, ni le calorique, ni l'électrique, qu'il met en œuvre, et dont il se joue également et sur les organes auxquels il prête sa puissance vitale. » (Récamier, *Notes du Traité sur le Cancer*).

du sang, de la bile, etc., et qu'elle affectait par là des tendances plus particulières. Cette manière d'observer et de suivre la vie de l'homme malade dans son expression la plus générale, la plus caractéristique et la plus directe, — que nous croyons ne pas devoir être la seule, mais que nous regardons comme incomparablement la plus importante; — cette manière de prendre l'homme, dans sa totalité et dans sa substance, a fait reconnaître et distinguer de grandes classes de maladies ou de dispositions morbides, auxquelles on a donné le nom de maladies générales, d'affections morbides, de dispositions morbides, ou de diathèses, de cachexies ou d'altérations de la substance organique et des humeurs vivantes. On a pu porter ces distinctions jusqu'à l'abus; on a pu en faire de fausses, ce n'est pas la question; nous disons pour le moment que la méthode était bonne, que le principe était vrai, et qu'ils ont déposé dans la tradition médicale, pour qui sait y lire, les plus précieuses données. Une des vérités les plus pratiques qu'ait touchées cette observation directe et naïve de la nature, c'est qu'un certain ordre de maladies sort de la règle ordinaire. Les pères de l'art, en effet, depuis Hippocrate jusqu'à Sydenham, ont reconnu que certaines maladies, telles que les épidémies, même lorsqu'elles présentent les mêmes phénomènes extérieurs, les mêmes symptômes, n'ont pas les mêmes voies de solution, et surtout ne guérissent pas par les mêmes moyens que les maladies ordinaires. De là ce qu'ils appelaient le *génie* des maladies.

On comprend à quelles méthodes de traitement devaient mener de pareilles vues sur les maladies. D'abord, un grand nombre de maladies ayant d'elles-mêmes une marche régulière et une terminaison favorable, le médecin dut souvent ne faire qu'observer, qu'écarter les obstacles, que favoriser les efforts médicateurs de la nature; et c'était une grande science! En deuxième lieu, dans les maladies générales, le traitement dut consister, ou à introduire dans l'économie des médicaments qui en changeassent toute la substance et en modifiassent toute la vitalité, ou à soulever les sympathies générales de l'organisme dans un sens différent de celui de la maladie, soit qu'on cherchât à provoquer des mouvements favorables observés d'autres fois, soit qu'on imprimât, dans une certaine mesure pourtant, une secousse dont on ne prévoyait pas bien l'issue, et dont on confiait les effets à la puissance vitale. — De là les idées de la médecine active, de la médecine altérante, de la médecine imitatrice, de la médecine perturbatrice. En troisième lieu ce je ne sais quoi des maladies, qu'on appelait leur *génie*, forçait souvent de se livrer à l'expérience pure et simple, et d'adopter des remèdes dont la vertu ne s'expliquait pas bien, mais qui semblaient avoir un *génie* spécifique à opposer au *génie* malfaisant de certaines maladies. De là les méthodes *empiriques*.

Voilà la doctrine que Broussais signale comme un monstrueux mélange de *fatalisme* et d'*ontologisme*. Newton eût été un *fataliste* et un *ontologiste*, car il constatait une loi et il invoquait une force. Les anciens médecins faisaient-ils autre chose que ce que fit Newton?

Broussais n'avait pas compris, ou n'avait pas voulu comprendre que les hippocratistes et les historiens d'épidémies s'étaient placés tout à fait en dehors de la métaphysique, et que simplement ils avaient raconté ce qu'ils voyaient, donnant le nom de *force vitale*, de *nature*, à la puissance, quelle qu'elle fût dans son principe et dans son essence, dont les effets leur étaient manifestés, et assignant pareillement des caractères *particuliers* et une dénomination *particulière* à un ensemble de phénomènes qui, par leur origine, leur marche, leur mode de propagation, leur terminaison, leur façon de guérir, différaient beaucoup des maladies ordinaires. Que quelques-uns eussent été au delà des faits sur les ailes de leur imagination, et se fussent jetés dans de subtiles hypothèses, c'est à ceux-là qu'il fallait s'en prendre, et non à la méthode. Que quelques autres eussent mis de la négligence à rédiger leurs pensées touchant les opérations de la nature, et eussent, sous le coup de leur impression, employé des paroles peu mesurées, tantôt métaphoriques, tantôt hyperboliques, ce n'était pas chose à conséquence, cela n'engageait pas le fond des pensées.

Broussais a donc prodigieusement abusé de sa haine, si louable et si légitime dans le principe, pour les abstractions et les hypothèses. Nous verrons plus tard jusqu'où l'a mené cette haine, lorsqu'elle le portera à repousser un ordre de faits tout entiers, sous prétexte d'hypothèses, d'abstractions, d'*ontologie*.

Mais il est temps que nous arrivions à l'exposé de la doctrine que Broussais a substituée à celle qu'il a cru renverser, et que nous disions maintenant ce qu'est la *médecine physiologique*, cette médecine qui a eu un si grand retentissement, qui a envoyé des adeptes dans toutes les parties du monde, et au nom de laquelle il s'est versé et il se verse encore tant de flots de sang.

Le premier ouvrage où M. Broussais déposa le germe des idées qu'il développa plus tard est l'*Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques*. Cette histoire n'était qu'une application des idées de Bichat à l'anatomie pathologique et à la clinique; ce n'était que la continuation de ce que Pinel avait fait dans sa *Nosographie philosophique*. Bichat, dans son *Anatomie générale*, avait étudié séparément les divers tissus qui composent la structure organique de l'homme, et avait déterminé quels étaient les caractères anatomiques et physiologiques généraux de ces tissus appartenant à des organes différents: ainsi le tissu cellulaire, le tissu muqueux, le tissu osseux, etc. De plus, il avait cherché à déterminer quelles sympathies liaient entre eux les différents tissus. Bien qu'il soit reconnu à présent que la gloire de Bichat ait été portée trop haut par ses contemporains, il est impossible de ne pas reconnaître dans ce célèbre physiologiste les vues

de détail les plus ingénieuses, l'imagination scientifique la plus belle, et le style le plus attrayant. Si l'on considère que Bichat avait peu d'instruction et est mort à trente-deux ans, on reconnaîtra en lui un des plus merveilleux talents qu'aient produits la science et notre pays; quant à la portée de ses idées médicales, le temps démontrera de plus en plus qu'elle a été fort exagérée.

L'Histoire des phlegmasies chroniques était donc la continuation de Bichat. M. Broussais faisait pour la pathologie ce que Bichat avait fait pour l'anatomie et la physiologie. Il faisait connaître les caractères de l'inflammation dans les différents tissus de l'organisme, caractères anatomiques et caractères physiologiques. L'auteur en tirait déjà des conclusions, et faisait pressentir un système d'idées tout nouveau. Ces conclusions étaient :

1° Que sur un grand nombre de malades morts d'affections réputées générales, et appelées *fièvres*, on trouvait des traces d'inflammation dans plusieurs organes;

2° Que très-souvent ces inflammations s'observaient dans les organes digestifs et leurs dépendances;

3° Que le traitement tonique et excitant, généralement opposé à ces fièvres, leur était essentiellement contraire et devait être remplacé par le traitement anti-phlogistique : les saignées générales et les saignées locales, les émollients et les adoucissants.

Disons tout de suite que, par ce travail, M. Broussais a rendu de grands et incontestables services à la science, qu'il a fixé l'attention des médecins sur les inflammations d'organes qui compliquent un grand nombre de maladies, ou qui sont le point de départ de beaucoup de fièvres ; qu'il a donné l'éveil sur l'abus des toniques que l'on faisait alors d'après les idées de Brown; qu'il a montré, dans les cas de ce genre, la vertu du bon emploi du traitement anti-phlogistique soit général, soit local. Il a de plus démontré, avec la sagacité d'un bon observateur, les sympathies variées que peut susciter dans toute l'économie l'affection particulière d'un organe, et jusqu'à quel point ces sympathies, éveillées loin du siége primitif du mal, peuvent masquer le mal lui-même; il a fait voir que la faiblesse que Brown regardait comme l'élément essentiel de presque toutes les maladies, et combattait avec tant d'ardeur par les toniques, était souvent l'effet de l'inflammation qui, concentrant sur un point toutes les forces de l'organisme, les faisait disparaître des autres points; en conséquence qu'il fallait distinguer avec grand soin la vraie faiblesse de la fausse, et qu'il y avait là pour le malade une question de vie ou de mort, puisque l'une demandait un traitement tonique, tandis que l'autre demandait des saignées et des délayants. L'auteur appelait en témoignage de ces idées l'ouverture des cadavres et l'observation clinique.

Voilà les vrais titres de gloire de M. Broussais, voilà la partie vraie de ses idées. Malheureusement il avait déjà aperçu le principe *absolu* de la localisation des maladies, vers lequel il devait se précipiter, *præceps agebatur*, et l'épigraphe de son nouveau livre fut cette parole de Bichat : *Qu'est l'observation si on ignore là où siége le mal?* Il avait vu des maladies générales, des fièvres, dont le point de départ était local, c'est-à-dire résidait dans un organe particulier; il n'y eut plus pour lui de maladie générale sans point de départ local organique; tout trouble général fut une réaction contre un mal local. Il posa et défendit à outrance le principe de la *localisation* de *toutes* les maladies.

Nous ne pouvons ni ne devons développer ici toutes les raisons et tous les faits qui sont venus protester contre la localisation absolue des maladies. Nous dirons seulement ce que le bon sens médical, avant et après M. Broussais, a dit contre cette idée qu'il regardait comme sa plus belle conquête ; c'est que très-souvent les maladies les mieux caractérisées n'ont pas de siége particulier, ou ont un siége inconnu, ou ont un siége dont la considération est tout-à-fait indifférente pour le traitement. Une douleur névralgique excessive est calmée comme par enchantement au moyen des stupéfiants, quel que soit son siége ; nous ne connaissons pas le siége de la fièvre intermittente que nous sommes sûrs de guérir sous les formes les plus terribles avec le quinquina, et nous connaîtrions son siége que nous ne la guéririons pas mieux; nous avons une action spécifique très-évidente sur plusieurs cachexies dont nous ignorons le siége, dont nous ne constatons même l'existence que par des données matérielles assez fugitives. Les eaux minérales, ce grand moyen thérapeutique offert à l'homme par la nature, agit sur diverses affections, quel qu'en soit le siége. « La question de Bichat : *qu'est une maladie, si on en ignore le siége?* me paraît, dit M. Lordat de Montpellier, tout à fait semblable à celle-ci : Comment peut-on espérer de corriger les vices d'un enfant si l'on ne sait pas quels sont les points du cerveau qui sont les organes de ces vices, conformément à la doctrine de Gall? On est généralement persuadé que Fénelon a contribué au changement avantageux du caractère de son élève, quoiqu'il ait ignoré le siége réel ou prétendu du mal ; et il me semble que l'on n'a pas encore renoncé à des moyens moraux d'éducation qui n'ont aucun rapport avec la supposition d'une maladie locale. »

La connaissance du siége des maladies a son utilité relative ; mais il est absurde de dire que, sans elle, il n'y a pas d'observation médicale. L'idée de la localisation de toutes les maladies, dont quelques modernes se sont engoués, est donc une idée fausse, capable de rétrécir beaucoup le champ de la science. Tout comme Broussais, après avoir vu sur le cadavre beaucoup d'altérations organiques, était devenu *localisateur* absolu, ainsi, après avoir vu beaucoup d'inflammations, il ne vit plus que l'inflammation. Non-seulement l'inflammation locale joua le principal rôle dans les maladies, mais elle joua le seul rôle. Selon le bon sens

universel des médecins, il y avait toujours eu différentes *natures* de maladies : tantôt, en effet, à la suite de l'action produite sur nos organes par un agent morbifique, il se développait une série de phénomènes réactionnaires, comme nous en voyons un exemple manifeste dans le travail morbide qui se fait sur nos tissus blessés, déchirés, brûlés, etc.; tantôt, sans qu'on pût assigner de cause générale visible, il se faisait ou dans un organe, ou dans un appareil, ou dans l'organisme tout entier, une corruption, une dépravation des solides et des liquides, et toute la substance humaine devenait malade; le jeu des fonctions était altéré, les tissus changeaient d'aspect et de mode de vitalité, les humeurs changeaient de qualités chimiques (*cacexies*, *cacochymies*, *altérations de nutrition*), et un grand nombre de maladies diverses étaient ainsi caractérisées par une physionomie particulière de corruption ; — quelquefois ces *états* de l'économie avaient une tendance de plus en plus marquée à la décomposition des parties et à l'épuisement de l'individu ; quelquefois, à raison de circonstances particulières, ils offraient des symptômes de retour à la santé; des efforts médicateurs étaient suscités par la nature, des crises s'opéraient, le malade était renouvelé. Dans ce sens, que d'observations précieuses n'avait-on pas faites sur les maladies chroniques, depuis Arrété jusqu'à Bordeu! Voilà donc, selon l'idée commune, de grandes classes de maladies *différentes par leur nature*. Il est inutile d'entrer dans de plus plus grands détails ; nous croyons que ceci suffit pour faire entendre comment le monde médical avait conçu que les maladies *différaient* par leur matière comme par leur mouvement vital. De ce point de vue, Hippocrate avait prononcé l'aphorisme sublime, qui a retenti dans les âges comme l'écho de la plus pure vérité : *Les guérisons des maladies indiquent leur nature* (1), aphorisme qui confondra toujours les méthodes médicales fondées sur l'observation étroite d'un seul phénomène pathologique ; car, puisqu'il y a des moyens de guérison essentiellement différents et opposés, il y a donc des maladies de natures essentiellement différentes et opposées. C'est contre ces idées, consacrées par le bon sens des peuples et l'expérience des médecins, que Broussais est venu protester et poser la phlegmasie, l'inflammation. Or, de quelle base était-il parti pour poser ainsi l'inflammation comme point de départ de tout trouble organique, local ou général? Il le dit lui-même : « Il fallait partir de quelques bases pour étudier les maladies internes. Eh bien! ces bases, je les ai puisées dans la chirurgie. L'inflammation doit être à l'intérieur du corps ce qu'elle est à l'extérieur. » Cela est clair à présent : Broussais expliquait tout par l'inflammation, et de plus par l'inflammation la plus simple dans son mode d'origine, dans sa marche et sa terminaison, par l'inflammation chirurgicale: comme si l'inflammation réactive, résultat d'une impression violente extérieure, survenant chez un sujet jouissant de tous les attributs de la santé, avait quelque rapport avec l'inflammation spontanée provenant d'une affection de l'organisme entier! Ce fut donc là une nouvelle et grande erreur de Broussais, la plus pernicieuse de toutes! Il ne comprit pas l'inflammation interne, et toutes ses vues thérapeutiques furent empoisonnées de cette erreur. La médecine fut alors ramenée à une grande simplicité ; elle se réduisit, comme on l'a dit fort ingénieusement, au *pansement des organes* : un malade fut un blessé. De là, les saignées, les sangsues, les cataplasmes, et un liquide doux et sédatif comme la gomme, qui n'était qu'un cataplasme plus liquide destiné à parcourir les surfaces surirritées et enflammées.

Il fallait à M. Broussais un appareil d'organes qui fût le support de son irritation et de son inflammation, le siége habituel du mal local qui, dans sa pensée, était le point de départ de toute affection générale. Il prit l'estomac et les organes digestifs; toutes les maladies si variées de ces organes, qui, par le fait, sont souvent en souffrance, ne furent plus que des inflammations, depuis le malaise épigastrique de l'hypochondriaque, jusqu'aux dépravations de goût de la jeune fille chlorotique. De plus toutes les maladies qu'on ne sut à quel mal local rattacher furent des inflammations de l'estomac et des intestins; tous les phénomènes anormaux qui se produisaient dans les autres appareils ne furent que des phénomènes sympathiques de la phlegmasie de l'estomac et du canal intestinal. De là, le règne de la *gastrite* et de la *gastro-entérite*, et la médication appropriée, le *pansement* forcé.

Telle est la série des idées par lesquelles a passé successivement Broussais, pour fonder sa pathologie : localisation primitive de toutes les maladies, nature inflammatoire de *presque* toutes les maladies, substitution de l'inflammation des organes digestifs à un très-grand nombre de maladies jusque-là autrement caractérisées. Quelque compliquée que soit une maladie, c'est à cela qu'il la ramène : il ne voit jamais que ces phénomènes-là, ou leurs effets ; c'est là toute sa médecine pratique.

Mais un esprit comme celui de Broussais avait besoin de pénétrer plus profondément encore dans la nature des maladies, de systématiser avec plus de précision, de présenter des formules plus rigoureuses. C'est ce qu'il fit. En quoi consiste le fond de cette doctrine? Nous allons le dire en peu de mots, non pas tant à cause de l'étendue de ce travail déjà peut-être un peu long, que parce que cela peut en effet se dire brièvement.

L'idée-mère de Broussais ne diffère en rien de celle de Brown : il professe avec Brown que la vie ne s'entretient que par l'*excitation*. L'homme vivant est un être *excité* par ce qui l'entoure à un certain degré; au-dessus comme au-dessous de ce degré, l'homme est malade.

(1) *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Mais Broussais déclare abandonner Brown aussitôt, parce que Brown dit-il, prend la voie de l'abstraction en dissertant sur l'excitation considérée en elle-même, tandis que lui, Broussais, aime mieux étudier ce phénomène dans les organes et les tissus excités. Il est vrai que Brown se perdra dans les abstractions, comme M. Broussais s'y perdra lui-même, — chacun à sa manière. Mais Brown comprenant, en principe, qu'il faut observer l'unité organique, l'état général de l'organisme, avant d'étudier les organes et les tissus en détail, puis déduisant de cette observation sa doctrine des *diathèses* (ou disposition morbides), Brown, disons-nous, nous paraît avoir une conception plus grande que celle de M. Broussais.

Quoi qu'il en soit, le premier et principal instrument de *l'excitation*, suivant Broussais, c'est la *contractilité*, c'est-à-dire la condensation, le raccourcissement de la fibre animale sous ses trois formes fondamentales, qui sont la *fibrine*, la *gélatine*, l'*albumine*.

C'est ce phénomène de la contraction de la matière animale qui est pour M. Broussais le point de départ de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques. S'il y a excès de contraction, nous avons l'*irritation* (qui est elle-même le premier degré de l'*inflammation*) et ses conséquences; s'il y a défaut de contraction, nous avons l'*abirritation*, ou le relâchement des tissus, l'atonie, la passivité, et toutes ses conséquences; donc deux ordres de maladies :

Les unes par défaut d'excitation, maladies *abirritatives*;

Les autres par excès d'excitation, maladies *irritatives*.

Maintenant, en fait, M. Broussais n'admet presque que des maladies irritatives, et sa grande guerre contre Brown consiste justement en ce que celui-ci, qui admet également les maladies *irritatives*, ne voit presque jamais, en fait, que des maladies *abirritatives*. — M. Broussais développe fort longuement dans tous ses écrits comment le défaut d'excitation produit les maladies irritaves : selon lui, l'organe qui manque de son excitation normale qui, par défaut d'excitants, se trouve dans la langueur et la débilité, cet organe est par là même plus susceptible d'irritation; il se fait en lui une réaction qui peut passer facilement par tous les degrés de l'excitation, de l'irritation, de l'inflammation. Donc un grand nombre de maladies, quoique primitivement abirritatives, sont réellement irritatives, puisqu'elles ne peuvent guère rester abirritatives. *Presque* toutes les maladies sont donc irritatives, les unes primitivement (c'est le plus grand nombre), les autres consécutivement. Presque toute la médecine revient donc à étudier les lois de l'irritation, ses divers modes de propagation dans l'économie d'un point à l'autre, l'état des organes et des tissus qu'elle attaque et leurs dégénérescences variées, etc.

Si on nous demande à présent comment il se fait que M. Broussais, qui a passé toute sa vie en protestations éloquentes et en déclamations passionnées contre les abstractions, qui répète partout, à chaque page, qu'il ne faut croire que ce qu'on voit, qu'il n'y a que l'observation par les sens et ses inductions directes qui doivent entraîner l'adhésion de notre esprit; si on nous demande comment M. Broussais consent à descendre ainsi dans les profondeurs de l'organisme, non pas avec les yeux de la foi, mais avec les yeux de l'imagination; comment il peut suivre toutes ces transformations de l'*abirritation* en *irritation*, tous ces voyages de l'irritation d'un organe sur un autre, tous ces effets merveilleux de la contractilité; — comment il a pu, avec des données si imaginaires, faire couler tant de sang et se railler avec tant de conviction de tous ceux qui ne voulaient pas partager ces sublimes idées, — nous ne saurions rien dire, si ce n'est que l'esprit humain, quand il s'engage dans des voies d'erreur, n'a pas la faculté de s'arrêter, et qu'alors même plus il est puissant, plus il est faible! Quiconque voudra fonder la médecine sur des affinités moléculaires, sur des phénomènes si profondément cachés, si difficilement observables, si contestables et si contestés, arrivera à des résulats du même genre. Il aura de grandes parties dans l'esprit; on admirera sa logique, tout en la suivant avec pitié; on sera ravi de l'imagination et de l'éloquence avec lesquelles il parera ses idées; — et puis on rejettera loin de soi son *pneuma*, son *strictum* et son *laxum*, ses *esprits animaux*, son *électricité*, sa *polarité*, son *irritation!*

Pourquoi l'auteur a-t-il donné le nom de *physiologique* à cette doctrine? pourquoi allait-il partout se glorifiant de la belle invention de la *médecine physiologique*, et opposant avec orgueil sa clarté et sa simplicité aux complications et aux ténèbres de la médecine ontologique? — C'est que l'irritation et l'inflammation n'étaient que l'exagération, l'exaltation du mode de vitalité normale des organes; — un peu plus d'irritabilité dans les tissus, un peu plus de sang dans les vaisseaux, un peu plus de sensibilité dans les nerfs, voilà tout: les phénomènes *sympathiques*, suscités par l'affection du point en *phlegmasie*, ne sont que l'exagération de ceux que suscite l'*action* du même organe en *fonction*. Il y a seulement à admettre un ordre de sympathies morbides, dont la loi fondamentale, du reste, ne diffère pas de celle des sympathies physiologiques. N'est-ce pas là une doctrine simple, claire, logique, naturelle? — Mais la nature n'a pas cette simplicité; la vie n'est pas l'irritabilité, car on ne soutient pas un homme vivant avec des irritants, comme l'éther ou l'alcool; les phénomènes morbides ne sont pas toujours des phénomènes sympathiques, car on ne fait pas passer une inflammation d'un organe sur un autre, et l'on n'a aucune action sur un cancer de la mamelle en mettant un vésicatoire à quelque distance de là. — La pathologie n'est pas dans la physiologie: elle a son observation comme la physiologie a la la sienne, et la phy-

siologie broussaisienne n'est pas la vraie physiologie.

Autant donc il a été juste d'admirer M. Broussais dans sa critique, et de lire avec attrait les pages tantôt étincelantes, tantôt romanesques, de sa physiologie pathologique, autant il est permis de trouver faible et insoutenable la conception de son système de médecine pratique. On a dit récemment avec sévérité, mais avec vérité, que de tous les systèmes faits en médecine, c'était peut-être le plus faible, celui qui soutenait le moins l'examen et l'épreuve de la pratique. L'influence de ce système a été grande et elle dure encore; cette influence, nous l'avons déjà dit, a été due au talent personnel de son auteur et au caractère particulier de son talent; mais l'abus où cette doctrine a été poussée dans la pratique, les malheurs qu'elle a produits, et la série de maladies chroniques qu'elle a fait naître, ont donné l'éveil aux observateurs. On est revenu sur les observations cliniques et anatomiques de Broussais, on les a trouvées superficielles, hâtives, passionnées, et, tout en en prenant le vrai, on en a rejeté le faux, le systématique, le dangereux. Quoique cette doctrine ait laissé encore un grand nombre de praticiens dans une préoccupation fâcheuse qui leur ôte de la liberté au lit du malade, quoique nos campagnes soient encore peuplées de petits médecins qui trouvent plus commode d'avoir des idées faites en descendant de cheval que de réfléchir, et qui aiment mieux panser des organes que de contempler les actes de la nature vivante pour en saisir les lois; — malgré cela, disons-nous, la médecine physiologique a fait son temps. Les esprits, désabusés d'un système si éloigné d'avoir tenu ses promesses, comprennent qu'il y a lieu de remonter plus haut que M. Broussais pour trouver les bases de la médecine. La préoccupation s'est dissipée, la science peut aujourd'hui reprendre son cours.

H. Gouraud,
prof. ag. de la Faculté de médecine.

II. De la compression et de son efficacité dans un grand nombre de cas.—Observations.

Depuis trente ans, bien des découvertes nouvelles, nobles fruits des méditations et du génie des chirurgiens de notre époque, sont venues perfectionner et accroître les ressources de l'art, que les immortels travaux des Petit, des Sabatier, des Desault, nous avaient légué si puissant et si riche. Grâce aux indications précises d'un flambeau nouveau, l'anatomie topographique, la profondeur des vaisseaux n'est plus un obstacle au scalpel du praticien, et des faits authentiques ont attesté la possibilité d'apposer sur tous des ligatures. Les procédés nouveaux de taille bilatérale de Dupuytren, et de taille recto-vésicale de M. Sanson; les méthodes nouvelles de taille hypogastrique par MM. Amussat et Baudens, la merveilleuse invention de la lithotripsie, enfin, permettent maintenant d'attaquer, par des voies sûres et variées, les calculs développés dans la vessie. Encouragée, sanctionnée chaque jour par les succès de l'expérience, la torsion des artères semble promettre un moyen précieux d'abréger le temps des amputations, comme aussi la durée de la réunion des plaies par première intension. Dix procédés au moins sont connus pour la désarticulation coxo-fémorale, et cette opération, répétée plusieurs fois avec bonheur dans ces derniers temps, par les chirurgiens militaires d'Afrique a cessé d'être cette mutilation problématique qui effrayait et faisait reculer nos pères, par la hideur de ses détails et son cortége lugubre de chances nécessairement funestes; l'ablation de la mâchoire inférieure, heureusement appliquée au siége d'Anvers, vient récemment encore d'être pratiquée victorieusement par notre premier maître entre tous : mais, si l'art de traiter les affections chirurgicales, a fait de si rapides progrès, qu'il est peu de lésions, même les plus graves, auxquelles nous n'ayons à opposer d'héroïques moyens! si la grande chirurgie en est venue à ce point de perfection qui en fait une science toute nouvelle à ajouter à la science du siècle dernier, il faut bien convenir aussi que, considérée sous un aspect moins élevé, et dans les allures de ses détails habituels, la chirurgie n'a point suivi l'élan imprimé à plusieurs de ses branches par de savantes spécialités. Pour peu qu'on s'arrête à envisager de près les ressources admises pour satisfaire aux indications générales de la pratique journalière, on est profondément frappé de l'insuffisance d'abord, et presque toujours aussi du peu de rationalité de ces moyens. En voyant à quel point de dédain l'art des pansements en est venu aux yeux des praticiens, il semble vraiment que l'ont soit autorisé à douter de son importance.

« Que l'on m'ôte la lancette et le quinquina, » et je renonce à faire de la médecine, » écrivait dernièrement un de nos judicieux praticiens; je dirai moi : Que l'ont m'ôte l'eau, le nitrate d'argent et la compression, et je renonce à faire de la chirurgie.

Je ne parlerai cette fois que de la compression; non pas que je veuille en établir la théorie complète, les préceptes ne manquent pas à cet agent thérapeutique, depuis longtemps décrit et préconisé par les travaux et toute l'autorité de Theden et de MM. Bretonneau, Bouillaud, Velpeau, Marjolin et Olivier. Encore moins ai-je la prétention de rien ajouter aux indications si judicieusement formulées par ces savants. J'ai voulu seulement, par l'exposé d'expériences dont j'ai été témoin, et fort de leurs bons résultats, élever la voix au service d'une bonne cause, et attaquer, de toute la puissance que confère le succès, les errements malheureux de cette funeste routine qui a paralysé jusqu'à présent des tentatives dignes à tous égards d'un sort meilleur.

I. Obs. F...., fusillier au deuxième d'artillerie, vingt-six ans, tempérament sanguin, eut le 21 septembre 1838, le doigt annulaire

droit pris entre deux portes et fortement écrasé à la hauteur de l'articulation de la première phalange avec la seconde. Ce ne fut que le quinzième jour après qu'il fut envoyé à l'hôpital, ne pouvant plus faire aucun service. A son entrée, le volume du doigt était énorme, trois fois plus considérable qu'à l'état normal; une suppuration abondante sortait par une plaie assez large, boursoufflée, grisâtre, offrant en haut et en bas deux trajets fistuleux profonds, où le stylet pénétrait de quinze à dix-huit lignes; malgré l'engorgement des parties molles, la première phalange offrait, dans son articulation avec la seconde, une mobilité qui allait jusqu'à des mouvements presque complets de rotation de la part de cette dernière. Deux applications de sangsues et des cataplasmes émollients, sans cesse renouvelés, ne produisirent que peu ou point d'amélioration. Au vingtième jour, la suppuration entraîna avec elle plusieurs portions des cartilages articulaires; le doigt ne diminuait pas cependant, et le pus coulait toujours abondamment; le mot amputation fut prononcé devant le malade, qui, bourrelier de son état, objecta toute l'utilité de son doigt pour la couture, objet de sa profession. Voulant tenter un dernier moyen, j'établis, à l'aide de bandelettes de diachylum, une légère compression de la pointe et de la base du doigt vers sa plaie, je recouvris le tout de charpie et d'une petite bande. Deux jours après, la diminution était notable; je réappliquai de nouvelles bandelettes, que je laissai cinq jours; le doigt était cette fois revenu à ses dimensions normales, le pus avait presque complétement disparu, les fistules s'étaient obturées, et la plaie était petite et vermeille: j'eus l'idée alors d'adapter à mon appareil deux petites attelles pour assurer entièrement l'immobilité des parties et provoquer l'ankylôse; F.... conserva le pansement jusqu'à sa sortie de l'hôpital, le 12 novembre; la soudure paraissait alors assez avancée, et nul doute qu'avec les ménagements recommandés cet homme, réformé depuis, ne soit complétement guéri maintenant.

II Obs. E..., tambour au neuvième de ligne, d'un tempérament lymphatique, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital le 22 septembre 1838. Trois jours auparavant, il s'était, avec un couteau et en travaillant à sa caisse, légèrement coupé entre le pouce et l'indicateur gauches; la petite plaie, négligée d'abord par lui, ne tarda pas à s'envenimer, ce qu'il attribue au frottement de l'extrémité métallique de sa baguette. Tout le doigt indicateur, puis le pouce et les doigts, la main, enfin, s'engorgèrent successivement, et à son entrée à l'hôpital, tout l'avant-bras offrait un gonflement notable. Le 23, application de vingt sangsues; le 25, même prescription, réitérée, sans grande amélioration; les piqûres s'enflamment, et un érysipèle violent se déclare, qui bientôt envahit tout le poignet et l'avant-bras. Les moyens émollients, bains locaux, fomentations de sureau et de pavots, cataplasmes adoucissants et narcotiques, ne purent le faire avorter; et le 30 septembre, plusieurs phlegmons s'étaient développés. La douleur était extrême; les doigts, fortement fléchis sur la paume de la main, ne pouvaient plus se mouvoir; malgré de nombreuses incisions ménagées dans tous les points où il y avait une collection apparente, le pus décolla promptement toutes les faces palmaire et dorsale de la main, fusa le long des tendons et vint, s'ouvrir à l'extrémité de plusieurs doigts: une pluie de pus inondait deux fois par jour les pièces à pansement; il y avait tous les soirs une fièvre violente, la nuit insomnie complète. Des mèches introduites avec soin dans les ouvertures, ne suffisant pas à les maintenir béantes, les décollements envahirent le bras jusqu'au pli du coude; ici on fut encore impuissant à les maîtriser, et le membre tout entier, menacé d'une dissection complète, semblait devoir réunir bientôt toutes les conditions de l'amputation. C'est dans cet état désespéré que la compression fut essayée: des bandelettes agglutinatives furent étroitement appliquées autour des doigts, puis circulairement à l'avant-bras, comme pour y intercepter les décollements en plusieurs zones, tandis que des compresses graduées, fixées méthodiquement sur les parties les moins attaquées, avaient pour but de refouler et circonscrire le pus vers les orifices existants. Un bandage roulé, fortement serré, recouvrit le tout, et j'eus la précaution de placer sur toutes les ouvertures, immédiatement, des gâteaux de charpie destinés à absorber la suppuration. Cet appareil demeura appliqué près de soixante heures, sans causer au malade aucune douleur bien vive. A sa levée, une amélioration sensible existait en plusieurs points, notamment aux doigts, à la paume et au dos de la main; réappliqué de nouveau, je le laissai cette fois cinq jours, la résolution était presque complète dans toute la main; à l'avant-bras, plusieurs trajets fistuleux étaient obturés et recollés, une seule collection de pus nouvelle et abondante s'était développée vers le bord cubital, au-dessous du pli du coude; on l'ouvrit immédiatement: toujours même pansement. Dix jours après, il n'y avait presque plus de suppuration; la cicatrisation était très-avancée partout, les parties revenues à leur volume naturel, atrophiées même légèrement par l'effet des désordres, et peut-être aussi de la compression déjà prolongée. Aujourd'hui le bras est complétement rétabli; mais les mouvements de flexion des doigts et du coude sont très-limités; peut-être les bains continués, les frictions et les mouvements répétés, rétabliront-ils peu à peu le jeu des muscles et de leurs tendons, si profondément affectés par les nombreux abcès et les incisions qu'ils ont dû subir.

A ces deux faits si remarquables et si concluants, je pourrais en ajouter nombre d'autre; j'aurais à raconter aussi comment un engorgement de la main vraiment monstrueux, consécutif à une carie du carpe, a pu, par la compression, être suffisamment réduit pour permettre à un opérateur audacieux et habile

d'aller chercher, par des incisions, les organes malades et les enlever ; mais cette observation intéressante sous plus d'un rapport, trouvera plus tard, avec ses détails, la place qui lui convient.

En me résumant sur les circonstances des deux faits que j'ai rapportés plus haut, je crois pouvoir appuyer sur les considérations pratiques suivantes.

1. L'application de moyens dilatateurs après l'incision des abcès est un moyen souvent insuffisant dans l'érysipèle phlegmoneux.

2. Après l'ouverture d'une collection purulente, il convient, si l'on veut hâter le recollement, de comprimer la partie affectée, successivement du point le plus éloigné de l'orifice vers celui-ci. A l'aide de ce moyen, le pus qui continue toujours d'y être sécrété quelque temps après l'évacuation de la masse, se trouve conduit vers l'orifice qu'il maintient béant par cette sorte d'expulsion forcée ; et les parois intérieures de l'abcès, exactement coaptées, ne permettent pas les fusées de pus ; elles se rapprochent aussi plus facilement.

3. Les inconvénients reprochés aux appareils de compression permanente, sur des surfaces arrosées de pus, en tant que ce dernier, ainsi emprisonné, puisse donner lieu à la gangrène, à la pourriture, etc.; ces inconvénients, dis-je, sont sinon tout à fait gratuits, du moins considérablement exagérés. Nous avons pu voir maintes fois, dans des cas de fractures comminutives avec plaies et déchirures profondes des parties molles, l'appareil inamovible de M. le baron Larrey demeurer appliqué quarante et cinquante jours, sans provoquer de complication fâcheuse; et d'ailleurs il est toujours aisé, par une surveillance judicieuse, de parer à ces accidents.

4. Les sangsues et les émollients sont loin d'être un moyen généralement applicable à la résolution des engorgements : dans un grand nombre de cas, les sangsues provoquent au contraire un afflux sanguin dans la partie engorgée, et les cataplasmes ou fomentations, en distendant les parties, y favorisent la stase du sang, qui s'y fait par suite de la gêne qu'éprouve la circulation capillaire.

5. Les bandelettes de diachylum sont le moyen préférable à employer dans la compression ; outre leur vertu agglutinative, et la facilité avec laquelle on les dirige sur toutes les parties, la préparation qui les recouvre en fait un topique modificateur souvent utile des parties dénudées qu'elle recouvrent, et auxquelles elles n'adhèrent pas néanmoins. J'ai vu employer avec succès, par M. Baudens, des bandes de toile recouvertes, d'un côté seulement, d'une légère couche de styrax; elles acquéraient ainsi une propriété agglutinative d'abord, et surtout stimulante, souvent favorable dans des circonstances atoniques, ou quand le besoin d'excitation était indiqué.

BERTHERAND,
chef de clinique au Val-de-Grâce.

—

III. Des granulations des paupières et de leur traitement, et spécialement des moyens thérapeutiques applicables aux granulations des paupières supérieures.

La membrane muqueuse qui tapisse la face interne des paupières est sujette à certaines altérations qui, cachées sous ces voiles mobiles, sont souvent négligées, et plus souvent encore méconnues au milieu même des acccidents qu'elles déterminent. Au lieu d'être blanche, fine, polie, demi-transparente, cette membrane est devenue rouge, épaisse, inégale. Dans les cas légers, sa portion tarsienne reste pâle et lisse, ou, ce qui est plus fréquent, elle offre un velouté rose ou rouge, ou de petits grains saillants, plus ou moins rapprochés les uns des autres; mais c'est particulièrement entre le bord adhérent du fibro-cartilage tarse et le globe de l'œil, que les altérations dont nous parlons sont intenses et manifestes. La conjonctive, plus lâche dans cette région, s'élève en replis transversaux, épars, irréguliers, recouverts d'aspérités, de granulations rondes ou aplaties, toujours plus nombreuses et plus développées vers les angles des paupières. Enfin, pour peu que le gonflement de la membrane soit prononcé, on remarque contre le globe de l'œil un long et large repli rouge, mais lisse, qui se continue du côté interne avec le repli semi-lunaire et que nous croyons formé par une portion de la conjonctive, simplement refoulée en cet endroit, en forme de doublure trop large, par la tuméfaction de la portion de cette membrane qui revêt la paupière.

Ainsi que nous en voyons chaque jour une foule d'exemples dans notre armée, ces dégénérescences granuleuses, latentes, stationnaires lorsque aucune cause ne vient les activer, n'altèrent point la blancheur de l'œil, déterminent tout au plus une légère sécrétion de mucosités, qui s'accumulent le matin dans les angles palpébraux, ne donnent aucun signe extérieur de leur présence, et ne sont pas même soupçonnées par ceux qui les portent. Il faut, pour les découvrir, opérer le renversement de la paupière; quelquefois cependant, lorsqu'elles sont très-prononcées, les yeux sont plus petits, moins vifs, comme fatigués, et la parité de ces organes est détruite quand elle sont plus fortes d'un côté que de l'autre.

Les granulations palpébrales ne sont certes pas une découverte nouvelle. On trouve des notions sur cet état morbide dans les écrits d'Aétius, de Dioscoride, de Galien, de Paul d'Egine, etc., et dans les fragments épars d'un célèbre oculiste de l'antiquité, du nom de Démosthènes, souvent cité par quelques-uns de ces anciens médecins, et dont les écrits sont perdus; ils les désignaient sous les noms de τραχύτης ou παχύτης βλεφάρων, etc., et ils parlent de les scarifier, de les exciser. Nous pensons toutefois que ces auteurs avaient généralement en vue les boursouflements conjonctivaux manifestes au-dehors et portés au point de déterminer l'ectropion ; ce n'est que beau-

coup plus tard qu'on s'est occupé avec soin des granulations latentes des paupières, et plus particulièrement encore depuis que quelques armées de l'Europe sont ravagées par une funeste blennophtalmie dont ces altérations constituent et le début et l'un des principaux caractères.

Il ne faut pas oublier cependant, comme l'a fort bien fait observer M. Carron du Villards, que toutes les ophthalmies dans lesquelles la conjonctive palbébrale est affectée primitivement ou consécutivement peuvent en laisser des traces. C'est ainsi qu'elles se montrent après les conjonctivites catarrhales simples, les ophthalmies varioleuse, morbilleuse, gonorrhéique, celle des nouveau-nés, et même à la suite de l'irritation conjonctivale qui accompagne la grippe; les nombreuses nuances de la maladie scrophuleuse entretiennent dans les conjonctives palpébrales, chez les enfants et les adultes un boursouflement extrêmement rebelle à tous les moyens de traitement, et que nous rencontrons très-fréquemment parmi nos soldats. Dans ces diverses circonstances, après la disparition de la maladie qui leur a donné naissance, elles sont bien souvent méconnues ou négligées, comme nous l'avons dit, et dans tous les cas, il est peu de médecins qui fixent leur attention sur les boursoufflements granuleux qui ont leur siége aux paupières supérieures.

Une fois établies, ces altérations peuvent rester longtemps stationnaires, s'affaiblir, s'effacer peut-être à la longue, chez des individus soigneux, isolés; mais elles peuvent, dans d'autres circonstances, avoir les conséquences les plus fâcheuses. Une longue observation et une foule de faits, dans le détail desquels nous ne pouvons entrer ici (1), nous ont démontré que les granulations palpébrales sont la cause première de l'ophthalmie qui désole quelques armées de l'Europe depuis le commencement de ce siècle, et la nôtre en particulier depuis sa formation. Nous ne sommes pas éloigné de croire que ce sont les troupes qui ont fait la campagne d'Egypte, et parmi lesquelles l'ophthalmie avait exercé de cruels ravages, qui leur ont donné ce germe de maladie, à l'époque où de nombreuses fusions se sont opérées de toutes parts entre une foule d'anciens soldats qui avaient fait partie de cette expédition, et ceux des corps dans lesquels ils ont été admis à leur retour. En effet, il est constant pour nous que l'état granuleux est d'origine ancienne, et qu'il est, si l'on peut s'exprimer ainsi, héréditaire parmi nos soldats; nous avons chaque jour l'occasion de nous assurer que les granulations palpébrales se propagent sans cesse d'homme à homme, des anciens soldats aux nouvelles recrues, à l'état primitif, indépendamment de toute ophtalmie antérieure proprement dite; et pour qu'elles se transmettent, qu'elles se perpétuent ainsi, il suffit que cet état soit quelque peu répandu dans un régiment ou dans une fraction de corps, et que l'encombrement et la chaleur viennent y joindre leur pernicieuse influence. L'armée des Pays-Bas, formée en 1814, et en partie d'anciens soldats de diverses nations, s'est trouvée à chaque instant soumise à ces circonstances, et l'ophthalmie a constamment frappé les corps dans lesquels elles étaient réunies, au plus haut degré. Il en a été sans doute de même des armées qui ont pris part à la campagne d'Egypte, à l'exception toutefois des soldats français, qui en sont restés si heureusement exempts; mais, il faut l'avouer, ceux-ci se sont trouvés dans des conditions toutes différentes des autres: en général bien mieux casernés chez eux, ou constamment en campagne au-dehors, moissonnés et renouvelés sans cesse au milieu des guerres de l'empire, il était difficile qu'ils conservassent longtemps parmi eux un germe de maladie qu'ils portaient comme tant d'autres après cette mémorable expédition.

Sans nier toutefois que l'état granuleux ne puisse avoir quelquefois une autre origine, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, notre opinion sur la source première des granulations qui infectent les armées se rapproche donc de celle de beaucoup de médecins anglais, allemands et italiens, et particulièrement de celle de M. le professeur Jungken de Berlin, qui, dans un voyage qu'il fit en Belgique en 1834, a beaucoup contribué à éveiller l'attention de nos médecins militaires sur l'importance des granulations palpébrales. Une observation attentive nous a cependant fait penser que c'est bien moins par contagion immédiate que par infection que ces altérations se propagent et se perpétuent depuis tant d'années dans notre armée, et nous différons en cela de manière de voir avec la plupart de ces savants et laborieux médecins.

Comme nous venons de le rappeler encore, les granulations palpébrales peuvent avoir une autre origine que celle dont nous venons particulièrement de nous occuper. Une épidémie de blennophthalmie s'est manifestée à Paris, en juillet 1832, parmi les orphelins du choléra, encombrés pendant les chaleurs de l'été dans des salles et des dortoirs trop peu spacieux de la maison de refuge, et M. le docteur Bourjot Saint-Hilaire, à qui nous devons, sur cette maladie, une notice pleine d'intérêt, insérée dans le journal hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratique, a eu soin de faire remarquer que quelques-uns de ces orphelins portaient des croûtes de teigne faveuse ou d'eczéma chronique du cuir chevelu, et que plusieurs d'entre eux avaient eu récemment la rougeole, affections qui s'accompagnent ou sont suivies si souvent de boursouflements latents des conjonctives palpébrales. Nous regrettons beaucoup, pour l'éclaircissement de cette question importante, qu'on n'ait pas visité, à de fréquentes reprises, la face interne des paupières de tous les enfants présumés sains, ou du moins qu'on n'ait fait aucune mention de leur état. Nous avons eu,

(1) Ces recherches se trouvent dans un travail que nous allons publier sur l'ophthalmie de l'armée belge.

il n'y a pas longtemps, en Belgique, un pensionnat de jeunes demoiselles, dans lequel une épidémie semblable s'est déclarée avec une grande intensité : quelques-unes des pensionnaires qui le composaient avaient conservé, à la suite de la grippe, des boursouflements granuleux aux paupières, semblables en tout à ceux de nos soldats. Trop nombreuses, encombrées dans cet établissement pendant les chaleurs de l'été, l'état granuleux se propagea rapidement parmi elles, ce qui fut constaté par de fréquentes visites, et l'ophthalmie purulente proprement dite parut bientôt chez plusieurs, avec son cortége d'accidents graves. L'éloignement de celles de ces jeunes personnes qui étaient affectées de granulations, ou un traitement énergique opposé à cette altération, et surtout la disparition de l'encombrement, ne tardèrent pas à mettre un terme à la maladie.

Nous disons donc, pour nous entendre, que les granulations palpébrales, quelle que soit du reste leur origine, sont la cause prédisposante ou le germe de l'ophthalmie purulente qui exerce ses ravages sur des individus quelconques, réunis en trop grand nombre dans un espace relativement trop petit, et l'on conçoit combien il importe de donner une attention sérieuse à cette altération, et de s'occuper des moyens les plus propres à la faire disparaître complétement. Les boursouflements granuleux sont quelquefois bornés aux paupières inférieures; mais lorsqu'ils sont anciens et très-développés, ou qu'ils sont consécutifs à une grave blennophthalmie, ils s'étendent également aux paupières supérieures, où il est indispensable de les poursuivre. Ils peuvent en outre, dans ce dernier cas, et M. le docteur Sichel a particulièrement insisté sur ce point, donner naissance à une forte vascularité de la cornée, ou à des altérations de cette membrane, qui résistent à tous les secours de l'art, si ce n'est à la destruction de cette cause incessante d'irritation.

Nous regardons la cautérisation par le nitrate d'argent fondu comme le moyen le plus propre à détruire complétement les granulations des muqueuses palpébrales. Lorsque le boursouflement est considérable, ou que les granulations sont volumineuses, à base large ou pédiculée, il est plus expéditif d'exciser d'abord, avec des ciseaux courbes sur leur plat, les portions les plus exubérantes de la membrane. Cette opération préliminaire est particulièrement utile aux paupières supérieures, où l'application du caustique, comme nous le verrons, doit être plus ménagée. Nous ne devons pas toutefois négliger de dire que les excisions pratiquées à cette paupière, provoquent quelquefois, ainsi que nous l'avons vu, une inflammation extrêmement grave, et qu'il faut en conséquence y apporter les plus grandes précautions, les faire suivre surtout de fomentations d'eau froide, continuées pendant plusieurs jours : nous avons renoncé entièrement à l'usage du crayon de sulfate de cuivre, dont l'action est extrêmement faible, ainsi qu'aux autres moyens préconisés contre ces altérations.

On cautérise depuis longtemps les boursouflements granuleux des paupières, à l'aide du crayon de pierre infernale; mais nous pensons que personne n'a mis, dans l'emploi de ce moyen héroïque, l'énergie et la persévérance qu'y apportent les médecins militaires belges, surtout depuis l'exemple qu'en ont donné deux de leurs collègues, MM. Fallot et Loiseau, médecins d'un dépôt de granulés établi à Namur. La paupière inférieure renversée et maintenue par le doigt de l'opérateur; le malade portant fortement les yeux en haut, nous passons lentement, également, le crayon sur toute l'étendue de la muqueuse, puis nous promenons immédiatement après, sur la surface cautérisée, un pinceau imbibé d'huile d'olives, et la paupière, étant rendue à sa position normale, nous laissons le patient entièrement libre de ses actions. Nous répétons cette opération tous les quatre à six jours, dès que la turgescence de la partie a disparu, et que l'escarre est tombée; et dans l'intervalle nous faisons pratiquer sur les paupières des frictions de laudanum liquide, qui contribuent puissamment à dissiper ces phénomènes. Lorsqu'après quelques cautérisations on les pratique à de plus longs intervalles, et que, pour s'assurer de son état, on laisse pendant un certain temps la partie dans un repos complet, on aperçoit souvent, au centre de la muqueuse, des points blancs, lisses, déprimés, autour desquels la membrane continue à se boursouffler; il faut se garder d'abandonner le malade dans cet état, qui ne constitue pas encore une guérison parfaite, et qui pourrait avoir de fâcheuses conséquences; les cautérisations doivent être de nouveau mises en usage de la manière indiquée, jusqu'à ce que toute la surface interne de la paupière soit réduite à une membrane lisse, d'un blanc grisâtre, que quelques-uns considèrent comme la conjonctive elle-même, mais que nous regardons comme une membrane nouvelle, qui en remplit parfaitement les usages.

Le crayon de pierre infernale, appliqué à un malade, huit, dix, quinze fois et plus, aux paupières inférieures, n'a jamais entraîné d'accidents. Il en est quelquefois résulté des brides de la paupière au globe de l'œil; mais on évite facilement leur formation en cautérisant également, et surtout en prenant soin de rester un peu en deçà du sillon qui sépare ces organes, ou de ne toucher que la face antérieure du grand repli conjonctival, qui, comme nous l'avons dit, s'élève presque toujours du fond de ce sillon; ce repli, ainsi touché à plusieurs reprises, ne tarde pas à se coucher sur la surface palpébrale et à y adhérer.

Il n'en a pas été de même de l'application du crayon de pierre infernale à la paupière supérieure, dont les granulations profondes sont d'ailleurs si difficiles à détruire; nous l'avons vue maintes fois suivie d'accidents fâcheux. Ce voile mobile, en reprenant, chargé du caustique, sa position au-devant de la cornée,

y a souvent donné naissance à des ulcérations, et plus fréquemment à des taches d'un jaune verdâtre, que l'instillation longtemps continuée du laudanum liquide parvenait à la vérité à dissiper, mais avec une lenteur extrême. En outre, la paupière supérieure est douée d'une sensibilité très-vive, et les douleurs qui suivent cette cautérisation ont été quelquefois si fortes, que beaucoup d'hommes se sont obstinément refusés à de nouveaux attouchements. Nous avons essayé divers moyens pour parer à ces graves accidents, mais tous ont échoué, et nous avons d'autant plus facilement renoncé à la cautérisation immédiate de cette paupière, que nous avons trouvé, dans l'application du caustique par l'intermédiaire d'un pinceau, un moyen plus doux, parfaitement innocent, et d'une aussi grande efficacité.

Pour mettre en pratique ce mode de cautérisation, qui n'est pas nouveau, mais qu'on n'a pas, que nous sachions, pris la peine de décrire avec exactitude, nous trempons un pinceau épais de poils d'écureuil dans une petite fiole contenant une solution de nitrate d'argent dans partie égale, en poids, d'eau distillée. Il faut avoir soin de n'en imprégner que modérément le pinceau, à l'exemple d'un peintre à l'aquarelle, qui voudrait étendre également, et avec précision, une couche de couleur dans un espace circonscrit.

Un aide intelligent ayant retourné la paupière supérieure, et la maintenant dans cette position, en faisant saillir autant que possible la muqueuse, l'opérateur abaisse lui-même la paupière inférieure, ordonne au malade de regarder en bas, et étend une couche du liquide caustique sur toute la surface altérée, qui blanchit à l'instant; il passe avec la plus grande facilité la pointe du pinceau derrière le rebord du fibro-cartilage, sur les replis granuleux profonds, voisins du globe de l'œil, qu'il est si difficile d'atteindre isolément et sans danger, par tout autre moyen. Immédiatement après, un autre pinceau de soie de porc, plus résistant, imbibé d'huile d'olives, est passée, à son tour sur la partie cautérisée et il sert en même temps, pendant qu'on le retire, à repousser le rebord adhérent du fibro-cartilage, de manière à replacer la paupière dans sa position naturelle. Comme l'a ingénieusement imaginé pour le crayon de nitrate d'argent l'un des médecins que nous avons cités, M. Loiseau, nous fixons les deux pinceaux aux extrémités d'une même tige, et il suffit de retourner celle-ci entre les doigts pour terminer instantanément l'opération. De légères frictions de laudanum liquide sont pratiquées sur les paupières les jours suivants, et répétées deux fois dans la journée, et lorsque le gonflement et l'escarre ont disparu, ce qui a lieu du troisième au cinquième jour, on renouvelle l'application du pinceau, à laquelle on revient avec persévérance, jusqu'à ce que la partie ait repris sa couleur normale. Deux ou trois cautérisations suffisent le plus souvent pour détruire les aspérités de la conjonctive palpébrale supérieure; il en faut un plus grand nombre pour dissiper entièrement son boursouflement.

Nous cautérisons toujours à la fois, avec le crayon, les deux paupières inférieures; quant aux paupières supérieures, dont la sensibilité est beaucoup plus vive, nous nous bornons à en toucher une seule avec le pinceau. Quand on opère en même temps sur plusieurs hommes, ainsi que cela nous arrive chaque jour, il est nécessaire, après chaque cautérisation, de laver le pinceau en l'agitant dans de l'eau fraîche, et de l'exprimer fortement ensuite avec un linge; car, sans cette précaution, son tissu se gonfle et ne remplit plus aussi bien son usage.

Tel est le moyen que nous mettons journellement en pratique, soit pour détruire jusqu'à leurs dernières traces les granulations palpébrales qui infectent plusieurs de nos régiments, soit pour guérir les altérations de la cornée entretenues par des aspérités de la paupière supérieure. La cautérisation médiate, à l'aide du pinceau, est douloureuse, mais elle l'est moins que celle par le crayon de pierre infernale; elle est surtout plus égale, plus régulière, plus facile à circonscrire, à porter profondément sous la paupière supérieure, partout où elle est nécessaire; bien moins effrayante que l'autre, jamais nos malades ne se refusent de s'y soumettre; enfin, dans aucun cas, elle n'a donné lieu, entre nos mains, aux altérations consécutives de la cornée, qui ont été si souvent la conséquence de la première.

GOUZÉE,

Médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers.

Calcul salivaire. — Glossite. — Grenouillette. Guérison.

Faye-Larrieu, âgé de quarante-un ans, cultivateur, habitant la commune de Cassagnabin Haute-Garonne, éprouva le 13 mai dernier des douleurs dans la région sublinguale. Le 17, une tumeur s'était développée sous la langue. Un chirurgien appelé prescrivit un collutoire astringent et l'application d'un cataplasme sous le menton. Cependant les douleurs augmentaient, et la salive était sécrétée avec abondance. Le 18 la déglutition ne pouvait se faire que difficilement, la langue était repoussée sur le voile du palais, par une tumeur déjà du volume d'un œuf de pigeon. Même prescription. Le 19, le malade ne pouvait prendre aucun aliment, soit à l'état solide soit à l'état liquide. Respiration fortement gênée.

Le 20, au matin, le malade étant dans l'impossibilité de parler, des congestions paraissant s'établir vers le cerveau, et faisant craindre l'asphyxie, les parents de Faye vinrent me chercher. Je le trouvai dans l'état suivant :

Face injectée bouche entr'ouverte; la salive coulait abondamment de chaque angle des lèvres. Pouls petit, serré; céphalalgie. Je questionnai le malade sur son état, mais

il ne put articuler que quelques sons. Je lui fis ouvrir la bouche, et m'aperçus que la glande sublinguale avait acquis le volume d'un œuf de poule, et était d'un rouge violacé. Je fis quelques scarifications à la surface de cette tumeur, et j'obtins un écoulement de sang assez considérable qui parut soulager le malade. Dix minutes après cette opération, je trouvai la tumeur moins volumineuse, et la langue pouvait être aperçue. Je la trouvai très-volumineuse, presque ronde et livide. Je crus à une glossite, j'ouvris la veine ranine gauche, et obtins l'évacuation d'un verre de sang. Un quart d'heure après cette saignée, la langue avait déjà beaucoup diminué de volume, et Faye pouvait parler et respirer assez librement. Je fis suspendre l'usage des gargarismes astringents, je leur en substituai un émollient.

Le soir la langue était dans un état presque normal, et la glande sublinguale moins volumineuse. Je fis, avec un bistouri droit, une incision dans cette glande, jusqu'à la base de la langue, je lui donnai un demi-pouce d'étendue; il en sortit une grande quantité de matières albumineuses. Un stylet boutonné introduit dans la glande en fit sortir un corps dur, résistant. J'annonçai au malade qu'il ne pouvait guérir qu'après l'extirpation d'un calcul salivaire; n'ayant pu parvenir à l'extraire, j'introduisis dans la glande une petite mèche de charpie, pour prévenir la réunion des lèvres de la plaie.

Le lendemain, 21 mai, pendant que je cherchais à extraire le corps étranger contenu dans la glande, le malade fit des efforts en toussant, qui provoquèrent la sortie d'un calcul salivaire de la grosseur d'une noisette. Les douleurs diminuant bientôt après, j'introduisis une nouvelle mèche dans la glande dilatée, et je prescrivis un gargarisme fait avec une décoction d'écorce de chêne dans du vin rouge.

Le 29 mai la glande était réduite au volume d'une grosse fève. Il resta une ouverture fistuleuse près du filet de la langue, et Faye n'était plus incommodé par l'excrétion continuelle de la salive.

BRULAND, D.-M.

V. Luxation en haut et en dehors du fémur, réduit après quarante-deux jours.

Poudri, du Puy-Notre-Dame, âgé de dix-neuf ans, le 24 février 1827, étant tombé d'une charette la cuisse sous lui, ne put se relever qu'à l'aide des personnes qui vinrent à son secours; mis debout il ne put marcher; on le porta chez lui et on appela un chirurgien qui prit l'affection de Poudri pour une fracture du col du fémur. Des tentatives de réduction, réitérées à plusieurs reprises furent vaines; ce chirurgien, n'ayant pu réussir, abandonna son malade et n'appliqua aucun bandage. Un autre personne fut encore appelée, prit aussi la maladie pour une fracture du col de l'os de la cuisse, mais ne voulut faire aucune tentative de réduction, parcequ'elle trouvait la maladie trop ancienne. Le 7 avril suivant je fus appelé, et j'examinai Poudri, qui n'était pas sorti de son lit depuis son accident; pendant tout ce temps, il avait souffert horriblement, et le moindre mouvement lui occasionnait des douleurs tellement violentes, que jusqu'au moment de la réduction il n'avait pu dormir.

Nous trouvâmes le membre inférieur droit raccourci de six pouces, la tête du fémur plus haute que celle du côté opposé, et remonté sur la face externe de l'os des iles, le pli de la fesse plus haut que celui du côté sain, la cuisse fléchie et portée dans l'adduction, tournée en dedans ainsi que le genou et la pointe du pied; le grand trochanter, plus près de l'os des iles et de son épine antérieure et supérieure que dans l'état sain, forme une tumeur très-remarquable. La fesse est saillante; les mouvement d'extension, d'abduction et de rotation de la cuisse en dehors sont impossibles, et lorsqu'on tente de les exécuter, le malade éprouve de vives douleurs, qui nous forcent de les suspendre.

D'après tous ces signes, notre diagnostic fut bientôt porté, et nous reconnûmes aisément cette espèce de luxation; mais nous avions de grandes difficultés à surmonter: 1° l'ancienneté de la maladie, qui datait de quarante-deux jours; 2° l'âge du jeune homme, qui était d'une constitution forte et vigoureuse. Avant de procéder à la réduction, je fis fixer dans le mur, vis-à-vis la tête du lit, un anneau de fer, et le scellai solidement avec du plâtre et des coins de bois. Ce moyen est plus avantageux que lorsqu'on emploie des hommes qui, en tirant en sens contraire, se balancent les uns sur les autres, et perdent beaucoup de leur force; j'appliquai un lac sur la partie inférieure de la jambe, et je mis six hommes forts dessus; un autre lac fut placé dans l'aine du côté sain et ramené au-dehors de la hanche puis porté en haut par derrière l'épaule, pour empêcher le malade de remuer, et ensuite passé dans le mouffle, où on le fixa par plusieurs tours de bandes; un aide seulement fut chargé d'en tenir l'extrémité; un autre lac fut mis sur la partie externe de la cuisse saine; on le fit passer derrière celle qui est malade, un aide le tint et empêcha que le membre ne fût porté en dehors, ce qui aurait pu le luxer; enfin un quatrième lac maintint la poitrine et le corps dans une direction droite pour empêcher des mouvements de la part du malade. On procéda ensuite à la réduction en faisant les tractions nécessaires; mais, au bout de quelques minutes d'efforts, nous fûmes obligés de laisser reposer le malade; quelques instants après, nous nous y reprîmes, et quand le membre fut suffisamment allongé, je fis cesser subitement les tractions, et je dirigeai facilement la tête du fémur dans sa cavité. Au moment où elle y entra, on entendit un craquement qui nous assura qu'elle avait pris sa position

normale. En effet, le membre avait repris sa longueur et sa forme ordinaires, et le malade s'est parfaitement guéri.

Cette observation n'est remarquable que par l'ancienneté de l'affection; les auteurs de chirurgie ne s'accordent pas sur l'époque à laquelle on doit réduire. Boyer dit qu'il est impossible, dans l'état présent de nos connaissances, de déterminer d'une manière précise le temps de la réduction. J.-L. Petit (*Maladies des os*) dit que les luxations qui ont un ou deux mois de date se guérissent aisément. On lit dans le 5e volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie* l'observation d'une luxation de la cuisse en haut et en dehors, qui, après avoir été méconnue pendant deux ans, fut parfaitement réduite. En thèse générale, on doit toujours tenter la réduction, et faire les tractions nécessaires avec précaution pour ne point déterminer d'accidents graves; on sait aussi que les luxations des articulations orbiculaires sont plus faciles et peuvent se réduire plus longtemps après l'accident que celles des articulations ginglymoïdales. Un de mes amis a eu une luxation en arrière des os de l'avant-bras; un chirurgien méconnut cette luxation. Au bout de trente jours, ce jeune homme, arrivé dans sa famille, partit pour la capitale où il consulta trois de nos chirurgiens les plus habiles, qui jugèrent la réduction impossible.

BOUCHARD.

Luxation tarso-métatarsienne.

Baour, âgé de trente ans, boucher, de Doué, se rendant de l'abattoir à sa boutique, et étant chargé d'un quartier de bœuf pesant à peu près 150 livres, glissa sur le pavé, qui était humide : le pied gauche, qui fut porté en avant, supporta et le poids du corps et celui de son fardeau; la cuisse se trouva fléchie sur le genou et la jambe sur le pied, de sorte que tout le poids qu'elle portait fut transmis au pied. Lorsque cet homme voulut relever son pied de dessus le sol, il sentit un craquement considérable dans le pied et ne put marcher; alors on le porta chez lui, et on m'envoya chercher immédiatement après l'accident, qui eut lieu le 12 octobre 1830. L'ayant examiné avec soin, le pied était dans l'état suivant : la face dorsale offrait une saillie transversale vers son milieu, laquelle était formée par les os du métatarse; au-dessous de cette saillie existait un enfoncement à placer un doigt; vers le bord interne du pied et un peu plus en arrière, on observait une autre saillie formée par la luxation du premier os cunéiforme sur le scaphoïde; la plante du pied était déformée, et au lieu de présenter une voûte arrondie, elle était plate et parfaitement semblable à celle des personnes qui ont le pied plat : on observait aussi une saillie très-remarquable formée par les os du tarse. A ces signes, on ne peut pas méconnaître une luxation tarso-métatarsienne. Le poids que portait ce malade et celui de son corps a pesé fortement sur le pied, et a vaincu la résistance qu'opposaient les ligaments forts et volumineux situés en cette partie, et qui unissent si intimement les os du pied, et les a déchirés. L'autre pied était très-bien conformé, et cet homme nous a assuré qu'avant son accident le pied malade n'était point difforme, et qu'il n'y avait jamais eu de maladie.

Pour réduire la luxation, on a passé un drap sur le milieu de la jambe, qu'on a maintenu avec des circulaires de bande; on en a attaché un autre sur les os métatarsiens et les phalanges, on l'a fixé aussi en serrant assez fortement au moyen d'une bande. Les aides chargés de faire l'extension et la contre-extension ont peu tiré, les os sont rentrés dans leur situation normale, et au même instant il s'est fait entendre un craquement semblable à celui qui avait eu lieu au moment que s'est faite la luxation; celle-ci étant réduite, on a défait les linges qui avaient servi à la réduction, et le pied a repris sa forme accoutumée, les douleurs que ressentait le malade ont beaucoup diminué, et tout est dans l'état le plus parfait; on a mis des fomentations résolutives sur tout le pied, il n'y a presque pas eu de gonflement; le malade a légèrement souffert pendant quelques jours; les douleurs ont peu à peu cessé, et il s'est guéri sans aucune difformité. Au bout de quinze jours il a repris ses travaux d'habitude, ne boitant même pas.

Ce cas est très-rare, et jusqu'à ce moment n'a pas encore été décrit, que je sache; les livres élémentaires de chirurgie n'en font pas mention; cependant, en 1822, Dupuytren rencontra à l'Hôtel-Dieu une luxation semblable. Je ne sais si elle a été publiée, en tout cas ce serait la seconde qui se présenterait à l'observation, et il est extraordinaire qu'on n'ait pas trouvé plus souvent ce genre de luxation. Cette luxation n'est remarquable que par sa rareté, car elle n'a offert aucune difficulté pour sa réduction.

BOUCHARD, médecin à Saumur.

VI. Cure radicale des hernies.

Frappé des immenses avantages qu'offre la nouvelle méthode opératoire de messieurs Mayer et Bonnet (voir le numéro du *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales*, février 1838), j'ai pu moi-même mettre trois fois cette idée à profit, et trois fois mes tentatives ont été couronnées de succès.

Appelé en consultation le 20 juin 1838, pour déterminer le genre de bandage qui convenait à un jeune enfant de neuf ans, porteur d'une hernie inguinale très-volumineuse, et qu'on avait eu jusqu'alors beaucoup de peine à maintenir, je proposai la méthode Mayor, qui consiste, comme on sait, à déterminer par quelques points de suture une inflammation qui donne naissance à des adhérences solides dans le canal.

M. le docteur Scoutetten de Metz fut de

cet avis : l'opération fut pratiquée sur-le-champ et la hernie ne reparut plus.

Ne doit-on pas s'étonner qu'il ait fallu tant de siècles pour qu'une méthode aussi simple puisse trouver son application !

J'ai eu depuis deux fois, dans ma pratique, l'occasion de faire cette opération ; mais je me sers d'un instrument qui remplit d'un seul trait toutes les indications prescrites. C'est une espèce de pince, armée d'une ou de plusieurs aiguilles courbes imitant les *serres* de l'aigle, que pour cette raison j'appelle *pince aquilèenne*. Les pointes s'engagent, après la ponction des téguments, dans de petit boutons creux garnis d'une pelotte qui sert à comprimer le pli de la peau : un ressort fait mouvoir l'appareil, qui reste appliqué le temps nécessaire pour déterminer l'inflammation adhésive que l'on désire. Mes opérés se virent comme par enchantement débarrassés de cette lésion incommode.

J'engage donc mes confrères à se servir d'un moyen aussi simple que facile. Les praticiens, jusqu'alors indifférents pour ces lésions si communes, et souvent mortelles lorsqu'il y avait étranglement, se fiant à des bandages toujours impuissants et gênants.

HENRY,
Médecin à Arnaville (Meurthe).

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

De la morve aigüe chez l'homme, thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 2 janvier 1839, par M. Eugène-Napoléon Vigla, interne des hôpitaux de Paris.

La morve est une question qui depuis quelque temps occupe le monde médical ; les cinq cas qui viennent de se présenter à Paris depuis 1837 ont attiré sur cette affreuse maladie l'attention des praticiens. Mieux que personne, M. Vigla, puisqu'il a été à même d'examiner tous ces malades, pouvait traiter un sujet si piquant et si neuf ; aussi s'est-il empressé de s'en emparer, et lui a-t-il consacré un soin tout à fait spécial. Son travail est basé sur quatre cas de morve qu'il a scrupuleusement recueillis et observés. 1. En 1837, chez M. Rayer ; 2. en 1838, dans le service de M. Breschet ; 3. avec M. Deville ; 4. chez M. Husson. Ajoutons que quelque temps après l'impression de cette thèse, il s'est offert chez M. le professeur Andral un nouveau cas de morve qui a été publié par M. Becquerel, et que nous avons trouvé plusieurs fois M. Vigla examinant le malade.

Avant d'aborder franchement la question de la morve aiguë chez l'homme, M. Vigla entre dans quelques détails sur la morve du cheval : nous ne le suivrons pas dans ces considérations, d'autant mieux que, dans le courant de cette analyse, nous aurons à faire le parallèle de cette maladie chez l'homme et chez le cheval, et que nous pourrons par conséquent donner un léger aperçu de cette affection chez l'espèce chevaline.

Historique. — En 1821, Shilling, chirurgien de régiment à Berlin, rapporte la première observation positive et bien caractérisée de morve aiguë gangréneuse chez l'homme ; la deuxième est due à Weisses, chirurgien de New-Market. Tandis que ces faits se publient en Allemagne, J. Muscroft rapporte la même année, dans le *Journal d'Edimbourg*, un cas de morve chez un piqueur qui se blessa à la main en découpant un cheval morveux. En 1822, Thomas Tarozzi, en Italie, reproduit l'observation de Shilling, et donne la description d'une maladie pestilentielle, qui s'était développée dans une écurie où se trouvait un cheval morveux : de trente-cinq personnes ayant visité cette écurie, onze furent atteintes d'une maladie qui, dans sa dernière période, était caractérisée par de la fièvre et une éruption de clous et de phlyctènes gangréneuses. En 1823, le *Journal de médecine d'Edimbourg* annonce deux nouvelles observations de morve. La même année Seidler en publie un très-beau cas, dans le *Magasin de Rust*. Depuis lors, les faits se multiplient, mais ne sont pas toujours concluants. De 1830 à 1837, l'attention des praticiens est éveillée par de nombreuses publications sur ce sujet ; le nombre des cas de transmission de la morve du cheval à l'homme augmente. En Allemagne, en Hollande, en Angleterre, en Italie, l'existence de la morve chez l'homme est reconnue et admise par les médecins et les vétérinaires ; Paris seul semble fermer les yeux. De 1837 à 1839, paraissent encore quelques faits qui jettent sur la question un nouveau jour.

Définition. — On peut désigner sous le nom de *morve aiguë* une maladie fébrile virulente, transmise des solipèdes à l'homme et qui a pour symptômes caractéristiques un coryza particulier avec sécrétion purulente et sanguinolente, ordinairement assez abondante pour former un flux nasal, une éruption pustuleuse spéciale à la peau, et souvent des tumeurs purulentes ecchymotiques ou gangréneuses à la surface du corps.

Causes. — Il faut nécessairement admettre, à moins de résoudre affirmativement et sans preuves la question du développement spontané de la morve chez l'homme, que la cause directe déterminante de la maladie est le contagium du cheval morveux, transmis par inoculation ou par infection. Quant aux causes individuelles prédisposantes, elles nous échappent ; il faut cependant observer que plusieurs des malades frappés de cette affection étaient affaiblis antérieurement par des écarts habituels de régime, ou souffrants et indisposés depuis quelque temps.

Symptômes. — Tableau de la maladie. — Quand la maladie a été contractée par infection, les prodromes sont ceux d'une affection aiguë, quelquefois d'une fièvre grave : malaise, courbature, frissons, symptômes gastriques; douleurs générales, etc. Lorsqu'il y a eu inoculation, ces symptômes sont précédés du développement d'une inflammation locale plus ou moins grave, se propageant par les vaisseaux lymphatiques et les ganglions des extrémités au tronc.

Bientôt les douleurs musculaires ou articulaires prennent de l'accroissement; le pouls se développe, la peau devient chaude; les douleurs ne peuvent mieux être comparées qu'à celles du rhumatisme aigu; elles sont réfractaires à tous les calmants, et se portent principalement sur les grosses articulations.

L'articulation douloureuse ou un point quelconque de la face (jamais le tronc) devient le siége d'une inflammation érysipélateuse, dont on peut de bonne heure reconnaître le mauvais caractère (quelquefois c'est une pustule, une phlyctène ou un tubercule). Bientôt la peau devient violacée, se couvre de vésicules ou de taches gangréneuses. En même temps la fièvre continue, mais le pouls a déjà quelquefois moins de développement; la langue est rouge à la pointe, sale à la base; il survient de la diarrhée; l'air circule difficilement dans les fosses nasales; la respiration est accélérée; toux rare, brève, râles muqueux ou sibilant.

Pendant que la gangrène s'étend, de nouvelles tumeurs, ou seulement des tâches rouges, se montrent sur d'autres parties du corps avec tendance manifeste à la même terminaison; un flux muqueux ou puriforme jaunâtre, mêlé de stries sanguinolentes, s'établit par les narines; des pustules phlyzaciées et des bulles gangréneuses se développent sur la peau, principalement à la face et aux extrémités; on trouve aussi aux membres des collections purulentes sous-cutanées et surtout intermusculaires, circonscrites, sans changement de couleur à la peau; pressentiments funestes, rêvasseries, subdélirium, mussitation, affaiblissement croissant, conservation de la sensibilité générale, respiration accélérée, stertoreuse, avec expectoration de crachats, quelquefois manifestement pneumoniques; pouls fréquent, petit ou mou, et facile à déprimer; selles nombreuses fétides.

A cette époque, lorsque la gangrène occupe la face, elle marche avec une grande rapidité, envahit promptement tout un côté, et donne souvent au malade une physionomie hideuse : sur les membres, son développement est moins rapide, mais il se forme au-dessous des escarres de vastes collections purulentes; la fluctuation est bientôt manifeste.

Enfin la prostration augmente : il y a émission involontaire de l'urine et des selles fétides, cadavéreuses; le délire est complet, ordinairement calme, quelquefois avec des alternations d'agitation et de coma; l'écoulement nasal devient plus visqueux, s'attache aux lèvres et aux narines; les pustules cutanées et les tumeurs purulentes se multiplient; le pouls devient d'une fréquence et d'une petitesse extrêmes; le malade exhale une odeur fétide, la respiration s'embarrasse, et la mort, terminaison constante jusqu'à ce jour, arrive ordinairement du quinzième au vingtième jour.

Après avoir donné cette esquisse de la maladie, M. Vigla croit devoir s'arrêter aux symptômes les plus importants, et passe en revue : 1° les douleurs arthritiques et musculaires; 2° les symptômes observés du côté des fosses nasales; 3° du côté de la bouche, du pharynx et du larynx; 4° ceux offerts par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les vaisseaux superficiels; 5° l'état des fonctions cérébrales; 6° les phénomènes fournis par la circulation et la chaleur animale; 7° l'état de la respiration; 8° de la digestion; 9° des sécrétions.

Le peu d'espace qui nous est accordé ne nous permet pas de suivre l'auteur dans l'intéressante appréciation de ces divers ordres de symptômes.

Début. — La morve inoculée commence comme toutes les maladies dans lesquelles il y a absorption accidentelle d'un virus; les malades peuvent rester quelques jours sans éprouver d'accidents. De deux à huit jours après le dépôt de la matière morveuse, le point inoculé devient le siége de douleurs assez vives qui se propagent le long des membres; le tissu cellulaire voisin se prend, la peau rougit et devient chaude; les vaisseaux lymphatiques s'enflamment des extrémités vers le tronc, les ganglions s'engorgent, puis enfin surviennent les symptômes généraux dont nous avons parlé.

Ces symptômes peuvent être précédés de ceux du farcin aigu ou chronique, ou, si l'on veut, la morve aiguë peut terminer le farcin; cette transformation, assez fréquente chez le cheval, n'est pas rare chez l'homme.

Dans la morve par infection, le début offre plus de variété; ainsi la forme rhumatismale aiguë ou chronique est de beaucoup la plus fréquente; quelquefois les malades se plaignent principalement de douleurs thoraciques, d'un point de côté.

Les premiers symptômes locaux appréciables peuvent se montrer du côté de la gorge.

Enfin dans le cas observé par M. Rayer, la maladie a débuté à la manière d'une fièvre typhoïde.

Marche. — Elle paraît quelquefois marcher avec lenteur dans les premiers temps, et on pourrait croire le terme de la mort assez éloigné; mais dès qu'elle est bien caractérisée, il faut s'attendre à lui voir faire des progrès bien rapides. Cette maladie peut exister à l'état chronique chez l'homme comme chez le cheval.

Terminaison. — Si l'on excepte un cas de morve par inoculation, dont Hertwig a donné

l'histoire et sur la nature duquel on peut avoir des doutes, la maladie s'est constamment terminée par la mort.

Dans la dernière période de cette terrible affection, tous les appareils importants de la vie animale et de la vie organique sont frappés à la fois; les désordres de l'innervation, de la circulation, de la respiration, sont simultanés et offrent à peu près le même degré d'intensité.

Durée. — La mort arrive en général du quinzième au vingtième jour de la maladie; on l'a vue survenir beaucoup plus rapidement le douzième et même le huitième, ou plus tardivement, le trente-quatrième. La durée de la maladie paraît être à peu près la même pour la morve inoculée et pour la morve transmise par infection.

Périodes. — M. Vigla indique trois époques ordinairement assez distinctes, et auxquelles appartiennent un certain nombre de symptômes : 1 douleurs rhumatismales; 2 apparition de la gangrène, des symptômes cérébraux et typhoïdes; 3 écoulement nasal, éruption pustuleuse à la peau, et tous les phénomènes de collapsus.

Recherches anatomiques. — 1. Peau. A. la pustule contient à son état complet de développement un peu de liquide purulent, les mailles du derme sont en parties détruites. B. Dans les grosses pustules violacées, le liquide est sanieux, comme sanguinolent et purulent. Au-dessous, le derme est épaissi, rouge et injecté.

C. Dans les bulles gangréneuses, l'épiderme est toujours très-mince, se déchirant avec la plus grande facilité. Le derme est épaissi, ramolli et imbibé de sang noirâtre.

D. En effet au niveau des tumeurs gangréneuses, la peau est complétement désorganisée.

2. *Fosses nasales.* — Toutes les fois qu'elles ont été ouvertes, on a rencontré des lésions caractéristiques : épaississement et injection de la membrane pituitaire couverte d'une couche épaisse de mucus altéré, dépôts morbides à sa surface et dans son épaisseur simulant une éruption; ulcérations, gangrène, vascularité plus grande des os et des cartilages, dénudation, carie, perforations. Toutes ces altérations ont été observées, isolées ou réunies et dans les fosses nasales proprement dites, et dans les prolongements de ces cavités connues sous le nom de *sinus*.

3. *Bouche, pharynx, larynx et trachée.* — La muqueuse buccale est rarement malade; le pharynx présente assez souvent les mêmes lésions que les fosses nasales; dans le larynx il est ordinaire de trouver à la partie postérieure de l'épiglotte l'éruption pustuleuse bien caractérisée. La trachée est presque toujours saine.

4. *Tissu cellulaire.* — Au niveau des tumeurs charbonneuses, il est ordinairement ecchymosé, infiltré de sang noir ou gangrené comme la peau; il peut être détruit et transformé en collections purulentes; on rencontre quelquefois, au lieu de pus, un liquide gélatineux, épanché dans les mailles de ce tissu.

5. *Ganglions et vaisseaux lymphatiqaes.* — Ils ne sont pas, à beaucoup près, aussi malades chez l'homme que chez le cheval.

6. *Glandes salivaires.* — Elles sont peut-être plus fréquemment malades que les ganglions; on les a trouvées enflammées et suppurées.

7. *Muscles.* — Dans toutes les autopsies complètes, on a vu des abcès dans l'épaisseur des muscles.

8. *Appareil de la circulation sanguine.* — Rien de remarquable.

9. *Système osseux.* — Les os ne deviennent malades dans la morve aiguë que secondairement. Les articulations ont été malades dans plusieurs cas; la synovie a été trouvée plus visqueuse, plus abondante que de coutume, sanguinolente ou même véritablement purulente.

10. *Système nerveux.* — La seule altération que l'on ait rencontrée assez fréquemment dans le cerveau pour la noter est la présence d'une grande quantité de sérosité dans les ventricules cérébraux ou au-dessous de l'arachnoïde.

11. *Poumons.* — On a rencontré souvent à la surface des poumons des pétéchies et des ecchymoses; on a trouvé aussi du pus dans la plèvre et des adhérences récentes : mais ce sont surtout les lésions trouvées dans l'épaisseur même du poumon qui sont dignes d'attention; les noyaux pneumoniques disséminés indistinctement dans toutes les régions du poumon offrent les trois degrés de la pneumonie. Autour de ces noyaux, le tissu pulmonaire est quelquefois sain, plus souvent gorgé de sang ou de sérosité, mais encore crépitant et spumeux à la pression.

Les bronches sont ordinairement rouges et injectées.

12. *Estomac et intestins.* — On observe fréquemment de l'injection, de la rougeur et des ecchymoses avec ou sans diminution de la consistance de la membrane muqueuse dans diverses portions du canal digestif.

13. *Le foie, la rate, le pancréas, les reins et la vessie.* — N'ont pas présenté de lésions dignes d'être notées.

Inoculations des produits de la morve de l'homme à différents animaux. — Les expériences ont été faites par MM. Travers, Colleman, Youate, Rayer et Husson, sur le cheval et l'âne, avec l'écoulement de la matière na-

sale, le pus des abcès et même le sang des malades atteints de morve aiguë, et la maladie s'est toujours reproduite. On a fait aussi des tentatives d'inoculation sur des chiens, des lapins, etc.; mais jusqu'ici on n'a pas réussi à produire la morve. Les animaux ont succombé, la plupart avec des symptômes généraux d'empoisonnement par une matière septique, mais non avec ceux de la morve.

Parallèle de la morve aiguë chez l'homme et chez le cheval.—La morve aiguë de l'homme est, à n'en pas douter, la même que celle du cheval; la ressemblance se trouve partout, elle est frappante; les dissemblances sont légères et bien moindres que n'aurait pu le faire prévoir la différence d'organisation. Les symptômes peuvent différer d'intensité, de durée, mais non de nature.

Les lésions des fosses nasales sont aujourd'hui reconnues identiques par les médecins et les vétérinaires.

Les sinus frontaux et les sinus maxillaires de l'homme paraissent être plus fréquemment malades que ceux du cheval.

L'état des ganglions sous-maxillaires a été présenté comme un argument d'une grande valeur, contre l'identité de la maladie du cheval et de l'homme : le premier les offrant toujours malades, et le dernier, jamais.

Les pneumonies lobulaires existent chez le cheval comme chez l'homme.

Les douleurs musculaires et articulaires de forme rhumatismale sont communes à l'homme et au cheval.

L'éruption pustuleuse et gangréneuse se remarque chez l'un comme chez l'autre.

Tandis que chez l'homme on trouve des phlébites superficielles et capillaires assez nombreuses, il est bien plus commun de trouver chez le cheval l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et des ganglions.

L'absence de la diarrhée a été signalée chez le cheval; ce symptôme ne paraît guère avoir manqué chez l'homme.

La terminaison de la morve aiguë a été jusqu'ici constamment funeste chez l'homme (hors un cas peut-être, tandis que chez le cheval, elle est susceptible de guérison, et peut passer à l'état chronique.

Diagnostic. — Dans ce paragraphe, M. Vigla compare tour à tour la morve aiguë avec la syphilis, le rhumatisme articulaire, les piqûres avec absorption d'une matière animale délétère, les phlébites spontanées, les résorptions purulentes, la pustule maligne, les affections charbonneuses, le farcin aigu, les différentes espèces de typhus, etc. Après avoir donné un diagnostic certain en invoquant et le flux nasal et l'éruption particulière de la peau, il ajoute que toutes ces maladies, bien qu'au premier abord assez différentes les unes des autres, reconnaissent cependant toutes pour cause un poison morbide; que celui-ci ait été formé au-dedans de l'individu lui-même, qu'il ait été communiqué par un autre animal, ou qu'il soit le résultat de la décomposition des substances organiques n'ayant plus de vie. Dans toutes, on retrouve analogie et prédominance de symptômes dans les mêmes appareils, souvent dans les mêmes organes.

Nature de la maladie. — La morve aiguë est une maladie générale avec prédominance de symptômes locaux à la peau et dans les fosses nasales. Elle est le résultat de l'introduction dans l'économie d'une substance animale délétère, qui existe au plus haut degré dans la sécrétion des fosses nasales et dans le pus des chevaux morveux et farcineux, mais paraît aussi exister dans le sang, le pus des abcès, le mucus de la conjonctive et peut-être d'autres humeurs naturelles ou morbides.

Elle forme une espèce distincte dans la grande famille des empoisonnements par substances animales et délétères; elle offre à un haut degré les caractères adynamique et putride. Il est peu de maladies dans lesquelles on observe une tendance plus grande et plus rapide à la désorganisation.

Pronostic. — Il doit être nécessairement fatal jusqu'à ce que l'observation ultérieure nous apprenne si cette terrible maladie est susceptible de guérison.

Traitement. — A quoi bon rapporter un traitement qui ne compte encore que des insuccès ! mieux vaudrait, ce nous semble, laisser le médecin se guider seul dans une pareille occurence, assuré que nous sommes d'avance, que son géme ne saurait l'inspirer d'une manière plus fatale.

Au début, on a employé les antiphlogistiques; les évacuants par haut et par bas ont également été employés à plusieurs époques de la maladie.

Dans la plupart des cas, on a administré les antiseptiques et les toniques, dès l'apparition des bulles gangréneuses et des érysipèles de mauvais caractère.

Les excitants généraux, tels que l'éther, l'alcool, l'ammoniaque, etc., sont de tous les médicaments ceux auxquels on a peut-être eu recours le plus fréquemment.

Le mercure, l'antimoine et leurs préparations, ont aussi été administrés.

De tous les moyens, les narcotiques sont ceux qui ont rendu le plus de services en calmant les douleurs ou l'agitation générale; la ciguë, la jusquiame et l'opium surtout ont souvent été utiles.

On secondait l'action de ces médicaments par des applications extérieures, cataplasmes, lotions, fomentations, frictions, bains, vésicatoires, etc.

Que faudrait-il faire à l'avenir? — M. Rayer pense que l'on devrait avoir recours à l'emploi des purgatifs répétés et de l'acétate d'ammoniaque, dont les vétérinaires paraissent avoir retiré quelques avantages dans le traitement de la morve aiguë chez les chevaux. De plus,

M. Honoré prescrirait le mercure à haute dose en frictions (au moins une once d'onguent mercuriel par jour). Il serait peut-être bon d'essayer la créosote, qui a paru réussir entre les mains d'Elliotson.

M....

Traité philosophique de médecine pratique, par A.-N. Gendrin, D.-M., médecin de la Pitié, tome premier.

Toutes les fois, dit M. Gendrin, qu'un ou plusieurs organes sont modifiés dans leur structure et dans leur vitalité au-delà des limites dans lesquels ils peuvent revenir à leur état normal, sans que l'accomplissement régulier des fonctions soit troublé, il y a maladie. Une maladie est, selon lui, un grand acte à éléments plus ou moins nombreux, qui s'accomplit sous l'influence de la vie, relativement à l'anatomie pathologique : sans méconnaître son utilité, son importance, il ne veut cependant pas admettre que la maladie puisse être caractérisée par les lésions des organes qui surviennent dans sa durée, et sur ce point comme sur les précédents, nous sommes parfaitement de son avis.

Mais plus loin il semble rendre de fait, à l'élément anatomique, la prééminence qu'il lui disputait tout à l'heure, en annonçant que le principal caractère de son travail consiste surtout à introduire l'anatomie des parties saines, et l'anatomie pathologique dans la pathologie comme la source la plus féconde des progrès de la science.

M. Gendrin se sert des faits et de l'observation, mais non pas comme les autres s'en servent, par la synthèse. Les faits, dit-il, quelque nombreux qu'ils soient, comptés et comparés d'après leurs formes extérieures les plus saillantes, ne peuvent servir de prémisses à des conséquences solidement établies ; car les exceptions non apparentes ou négligées peuvent être l'expression de la loi plus générale qui ne sera saisie que par l'analyse rationnelle portée au-delà des formes extérieures. La méthode statistique en médecine, ajoute-t-il, a conduit des hommes de bonne foi à un empirisme stérile ou à un scepticisme exagéré. Pour nous, nous nous attachons à décomposer les faits par l'analyse et à comparer leurs éléments, et nous regardons les conséquences d'un seul fait, comme établissant une vérité incontestable, quand elles sont conformes aux principes déduits immédiatement d'observations directes ou de rapports constants de cause à effet, en anatomie, en physiologie et en pathologie.

M. Gendrin rejette aussi l'éclectisme; en médecine comme en philosophie, dit-il, l'éclectisme tue les principes par indifférence, et, disons-le, la science par le scepticisme.

La thérapeutique aujourd'hui si négligée, si calomniée même par quelques-unes de nos célébrités, semble prendre de l'importance dans l'ouvrage de M. Gendrin. Partant de ce principe qu'on doit toujours admettre l'intervention des forces vitales dans tous les changements qui surviennent ou qu'on veut déterminer dans les maladies, il établit que toute la thérapeutique consiste dans l'habileté du médecin à prévoir, à apprécier les effets de cette intervention, à la provoquer d'une manière favorable pour le malade, par des conditions insolites produites à dessein dans l'écomie animale. Ces conditions insolites sont les effets des médicaments actifs.

L'auteur partage toutes les maladies en deux grandes divisions. La première comprend les maladies qui consistent dans l'altération des fonctions de la vie organique. La deuxième renferme les maladies qui consistent essentiellement dans l'altération des fonctions de la vie de relation. Ces deux divisions comprennent ensemble neuf classes de maladies qui doivent être successivement traitées.

Première classe.—Hémorrhagies.—M. Gendrin les place en première ligne, parce qu'elles consistent dans l'altération des organes et des fonctions de la circulation du sang, qui sont les premiers entre tous les organes et toutes les fonctions dans tous les êtres vivants. Ce sont aussi les maladies dans lesquelles les phénomènes sont le plus facilement appréciables et s'éloignent le moins des conditions de l'état de santé. Elles sont d'ailleurs des causes, des symptômes, des phénomènes constitutifs, des épiphénomènes et même des moyens de terminaison et de traitement de beaucoup d'autres maladies.

Deuxième. — Altération de sécrétion ou diacrises.
Troisième. — Phlegmasies.
Quatrième. — Fièvres ou pyrexies.
Cinquième. — Modifications dans la nutrition des organes, ou anomalotrophie.
Sixième.—Hétérosarcoses, ou formations de tissus accidentels.
Septième. — Cachexies.
Huitième. — Névroses.
Neuvième. — Vésanies.

Les sept premières classes appartiennent à la première division ; les huitième et neuvième se rapportent à la deuxième.

Le premier volume est entièrement consacré aux hémorrhagies. Il le divise en quatre livres : le premier traite des hémorrhagies en général; le deuxième, de celles qui se manifestent sur les surfaces exhalantes ou par les voies des sécrétions, le troisième des hémorrhagies qui ont lieu dans l'épaisseur des tissus, et la quatrième doit traiter, dans le prochain volume, des modifications morbides des hémorrhagies fonctionnelles.

Hémorrhagies en général. — M. Gendrin décrit d'abord les quatre conditions morbides élémentaires de l'hémorrhagie. Ce sont : 1° la polyaimie, ou pléthore générale; 2° l'hypéraimie ou la congestion sanguine locale ; 3° l'ex-

travasation sanguine ou l'hémorrhagie proprement dite ; 4° l'oligaimie ou l'anaimie.

Il regarde la division des congestions en actives et en passives comme une théorie hypothétique dont la médecine pratique n'a que faire. Il suffit dit-il, d'examiner si les congestions se lient à une pléthore générale sanguine ou si elles surviennent primitivement ; si elles sont idiopathiques ou symptômatiques, accidentelles ou habituelles.

Relativement à la thérapeutique de l'état pléthorique, après la saignée, M. Gendrin préfère en général aux purgatifs, aux diaphorétiques, les diurétiques, tels que la digitale et le nitre. La première a, selon lui, une action moins prompte, mais peut-être plus soutenue. Cependant il ne faut pas abuser des diurétiques, car, trop prolongés, ils finissent par amener l'émaciation.

Ce chapitre est très-riche en indications thérapeutiques. M. Gendrin les divise en plusieurs articles, suivant qu'on a à traiter la polyaimie l'hypéraimie, l'hémorrhagie, l'oligaimie, etc. Il consacre aussi quelques lignes à la transfusion du sang. Après de nouvelles expériences qui ont réussi, chez des animaux presque anémiques, on l'a tentée de nouveau chez l'homme. On cite en Angleterre trois cas de succès brillants dans des circonstances désespérées. Le procédé consiste à injecter au moyen d'une seringue, dans une des veines du bras du malade, le sang pris au moment même où il coule de la veine d'une personne saine. L'injection doit être faite progressivement, par deux onces à la fois. « Nous ne saurions, dit M. Gendrin, recommander trop de circonspection à ceux qui voudraient renouveler ces essais : nous concevons cependant des cas d'hémorrhagies graves qui peuvent les justifier. »

Le livre deuxième traite des hémorrhagies qui se manifestent sur les surfaces exhalantes et par les voies des sécrétions, lesquelles comprennent les hémorrhagies des membranes muqueuses, celles des membranes séreuses et celles de la peau. Il les a réunies ensemble parce qu'elles ont quelques caractères communs comme celui de n'entraîner ni désorganisation ni déchirures dans la texture des organes même lorsqu'elles produisent la rupture des vaisseaux, ce qui est assez rare, etc.

Ces trois grandes espèces d'hémorrhagies sont divisées en trois sections. La première est celle des hémorrhagies des membranes muqueuses, les plus fréquentes de toutes à cause de la vascularité de ces membranes. Leur histoire spéciale comprend six chapitres consacrés à traiter des hémorrhagies d'une des principales parties de l'appareil muqueux, savoir : 1. les *épistaxis* ; 2. les *hémoplysies* ; 3. les *gastro-hémorrhagies* ; 4. les *entéro-hémorrhagies* ; 5. les *hématuries* ; 6. les *urétro-hémorrhagies*.

M. Gendrin a suivi dans chacune de ses descriptions un ordre méthodique et invariable. Ainsi au chapitre premier des *épistaxis*, il donne d'abord la définition, puis il divise en articles tout ce qu'il y a à dire sur cette maladie : article Ier, symptômes ; II, altération des organes ; III, étiologie ; IV, diagnostic ; V, prognostic ; VI, thérapeutique. Pour plus de méthode encore, il a mis sur la marge ses subdivisions en tête des alinéas. A presque chaque alinéa, on rencontre des chiffres de renvoi.

Dans la thérapeutique des *hémoptysies*, outre ces moyens ordinaires, M. Gendrin recommande d'après Mertens l'application de larges vésicatoires entre les épaules ; lorsque l'hémorrhagie abondante à résisté aux émissions sanguines, à l'administration de l'eau froide et même aux topiques froids, appliqués sur la poitrine.

Dans presque toutes les hémoptysies, même dans celles qui sont évidemment symptomatiques de tubercules, il administre le plus souvent l'acide nitrique étendu. Il n'a pas remarqué que ce dernier moyen provoque ou aggrave la toux, tandis qu'il arrête souvent des hémoplysies peu considérables, qui ont de la tendance à se prolonger. La toux, lorsqu'elle persiste, doit être traitée par les sédatifs narcotiques, à la tête desquels il place le cyanure de potassium.

Sous le nom de *gastro hémorrhagie*, M. Gendin décrit l'affection appelée autrefois *morbus niger*, de *mélœna*, *d'hematemese*. C'est l'hémorrhagie de la surface interne de l'estomac. A l'état aigu, elle est regardée comme idiopathique ; l'auteur l'a cependant vu se montrer comme symptôme de la gastrite aiguë et du catarrhe intestinal. Elle est d'ailleurs, comme on sait, le symptôme le plus tranché de la fièvre jaune. A l'état chronique, elle est presque toujours symptomatique d'affections extrêmement nombreuses et diverses. Il ne veut point admettre parmi ses causes la succion de sangsues, accidentellement avalées, car le suc gastrique fait périr ces animaux. L'hémorrhagie qu'on a vue dans ces sortes de cas provenait selon lui du pharynx ou de l'œsophage.

M. Gendrin décrit aussi une hémorrhagie gastrique sans vomissement de sang : elle se caractérise principalement par une douleur gravative et comme brûlante à l'estomac, jointe aux symptômes des hémorrhagies en général. Le diagnostic n'en est pas toujours aisé. Il est loin de la regarder comme salutaire avec Etmuller, elle est même encore un peu fâcheuse lorsqu'elle est supplémentaire des menstrues. Il insiste beaucoup, avec Sthal, sur le danger de l'administration immédiate des astringents, après l'hémorrhagie gastrique aiguë. Il recommande les ventouses aux lombes et aux hypocondres pour la gastro-hémorrhagie des nouveau-nés.

Sous le titre d'*entéro-hémorrhagie*, M. Gendrin décrit l'hémorrhagie du tube intestinal, et il y rapporte les états morbides décrits sous les noms de *molimen hémorrhoïdal* et *de colique hémorrhoïdale*. Il établit les signes qui distinguent l'hémorrhagie des intestins grêles de celle des gros intestins ou *flux hémorrhoïdal*. Il fait remarquer que l'administration des purgatifs, quelquefois même d'un simple laxatif ou d'un bain de siége, suffit,

chez les individus prédisposés, pour provoquer l'hémorrhagie intestinale.

Sous le nom d'*hématuries* il ne comprend que les hémorrhagies qui proviennent de la vessie ou des reins. Elles sont si rares, que l'auteur, en tout ce qui les concerne, a recours à nos prédécesseurs, et surtout à F. Hoffmann. Il dit cependant plus loin avoir vu une hématurie survenir après l'effet diurétique de la digitale administrée pendant près de quatre mois.

Il proscrit comme dangereuses les douches fraîches dans la vessie, conseillées par Smucker. A l'exemple de Franck, il fait un article à part des *urètro-hémorrhagies* que les auteurs avaient jusqu'ici réunies aux hématuries. Ce qui les distingue surtout de celles-ci, c'est que le sang sort pur, par gouttes, sans besoin d'uriner, alors même que l'excrétion des urines est impossible. Accompagnant le plus souvent les hémorrhoïdes, elles sont en général peu graves, à l'exception de celles qui sont dues à une violence extérieure exercée sur le pénis. Il rejette la compression conseillée par Franck, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la verge.

Les *hématidroses* sont un sujet assez peu connu et sur lequel nous devons insister. Avant tout, M. Gendrin limite son sujet de la manière suivante. Les hémorrhagies, dit-il, qui surviennent dans le tissu de la peau, à quelque profondeur qu'elles soient produites dans cette membrane, lors même que le sang suinte à la surface tégumentaire, sont des hémorrhagies infiltrées, dont il sera question ailleurs.

Mais celles qui affectent la peau comme organe exhalant ne peuvent avoir leur siége que dans les follicules sébacés, ou provenir de perspirations de sang à la surface de la peau. On n'a encore observé que ce mode d'hémorrhagie cutanée, et c'est le seul dont il soit question sous le nom d'hématidrose. On ne peut mieux caractériser cette affection qu'en l'appelant sueur de sang. Un fluide rouge à la surface de la peau au lieu d'un incolore, voilà toute la différence. On l'a observée par tout le corps, mais plus particulièrement là où la sueur vient très facilement. Douleur prurigineuse: Phénomènes locaux et généraux des autres hypéraimies ou hémorrhagies. Quelquefois une simple congestion qui se juge par une autre hémorrhagie. Quelques heures après ces prodromes, ou bien d'emblée, on voit suinter des gouttelettes plus ou moins serrées, se succédant plus ou moins rapidement, allant quelquefois jusqu'à jaillir: le sang est tantôt séreux, tantôt très-riche. En quelques heures tout est terminé, et il est rare que l'oligaimie s'ensuive. On a vu des individus sujets toute leur vie à avoir des hématidroses; car ce sont de toutes les hémorrhagies celles qui exposent le plus à la récidive. La plupart du temps elles sont dues à une déviation menstruelle. Elles peuvent se manifester comme crise de l'état pléthorique en général ou de la fièvre synoque. Les nœvi et les cicatrices y prédisposent, suivant l'auteur, et il en cite deux exemples. Rarement l'hématidrose met la vie en danger immédiat; mais elle finit par épuiser le malade; et il est d'ailleurs dangereux de l'arrêter brusquement.

Quant aux hémorrhagies des membranes séreuses, M. Gendrin déclare qu'il n'en aurait pas parlé si elles n'eussent été décrites par quelques auteurs comme des hémorrhagies idiopathiques, plutôt à la vérité pour compléter un cadre nosologique que d'après la discussion des observations cliniques. Ce ne sont, dit-il, que des accidents secondaires qui surviennent dans divers états morbides, et même dans beaucoup de cas après la mort.

Le livre troisième traite des hémorrhagies qui s'accomplissent dans l'épaisseur des tissus. Ces hémorrhagies, dites intersticielles, sont les *hémorrhoïdes*, les *hémorrhagies des centres nerveux* et les *apoplexies pulmonaires*.

Sous le nom d'*hémorrhoïdes*, l'auteur comprend les tumeurs hémorrhagiques qui se forment autour de l'anus et à la partie inférieure du rectum, jusqu'au sphincter de l'anus; les hémorrhagies qui s'accomplissent à la surface de ces tumeurs, par exhalation ou par rupture, et enfin les hémorrhagies par exhalation sur la muqueuse du rectum. Ces dernières, que l'on a le plus souvent appelées flux hémorrhoïdal sont une des formes des entéro-hémorrhagies, mais coïncidant très-souvent aussi avec des tumeurs hémorrhoïdales proprement dites. Quoi qu'il en soit, les hémorrhoïdes ne sont primitivement que des hémorrhagies infiltrées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Plusieurs affections peuvent être confondues avec les hémorrhoïdes. Les varices du rectum sont presque toujours confondues avec elles, et souvent en effet elles coïncident avec elles. Ce qui les en distingue, surtout d'après M. Gendrin, c'est l'absence de douleurs spontanées dans les varices; elles disparaissent et s'effacent d'ailleurs sous une pression, même très-légère, ce qui n'arrive pas pour les tumeurs hémorrhoïdales.

Relativement à la thérapeutique des hémorrhoïdes, l'auteur, quoique médecin, plutôt que chirurgien, donne néanmoins l'appréciation des moyens chirurgicaux d'après sa propre expérience. L'excision est sans danger, dit-il, mais presque toujours insuffisante à cause de l'extension au loin du tissu hémorrhagique. L'extirpation complète est très-difficile. Elle serait d'ailleurs aussi dangereuse que la ligature. Celle-ci est souvent suivie d'accidents graves, hormis le cas de tumeurs isolées et pédiculées sur la marge externe de l'anus. Encore, dans ce dernier cas, l'incision serait-elle aussi sûre et plus aisée à pratiquer. M. Gendrin paraît préconiser la cautérisation avec le fer rouge, proposé par Sabatier. Il est douteux qu'elle ait été jugée autrement qu'à priori.

Mais doit-on détruire directement les tumeurs hémorrhoïdales? Beaucoup de médecins répondent par la négative. L'auteur ne pousse pas avec eux la crainte des métastases au point d'abandonner à elles-mêmes des tumeurs d'un grand volume qui s'étranglent et s'enflamment

à chaque instant, qui deviennent une cause continue de douleurs, et qui finissent par entraîner des fistules à l'anus ou des chutes habituelles du rectum. Ces tumeurs ont pour effet de rendre plus fréquentes les attaques d'hémorrhoïdes. Qu'on ne redoute pas leur destruction complète, car elle n'a jamais lieu, quoi qu'on fasse; mais leur destruction partielle rend les attaques peu douloureuses et permet d'avoir recours, pour les modérer, à des moyens prophylactiques sans efficacité sur des tumeurs volumineuses et enflammées. Il conclut donc à une destruction aussi complète que possible des hémorrhoïdes, devenues continuellement douloureuses. Il recommande lorsque les attaques sont violentes, et résistent aux moyens locaux, d'avoir recours aux dérivatifs cutanés, sur les lombes et sur les membres supérieurs, etc.; aux bains de siége froids souvent répétés.

L'auteur s'est trouvé amené par son sujet à traiter d'une maladie qui fait essentiellement partie du domaine chirurgical, et pour laquelle on a imaginé l'excision du sphincter de l'anus, Nous voulons parler de la chute du rectum. Cependant M. Gendrin, qui, dans son service de médecin, n'hésite pas, au besoin, à se servir du bistouri, rejette l'opération si constamment efficace de Boyer, sous prétexte qu'elle peut être suivie d'hémorrhagie grave, et lui substitue la dilatation mécanique. Il dit avoir toujours réussi avec une grosse mèche de charpie, ou avec un cylindre en caoutchouc, dont il augmentait progressivement le volume. La belladone, ajoute-t-il, est complétement inutile.

Par le mot *apoplexie*, M. Gendrin désigne une hémorrhagie encéphalique, ou rachidienne : fidèle au principe qu'il a fait sans cesse prévaloir dans son livre, savoir, que l'hypéraimie est toujours un premier degré des hémorrhagies, il assigne la même nature, la même étiologie, le même nom, et à la plus légère hypéraimie cérébrale, et à l'hémorrhagie qui a détruit tout un hémisphère du cerveau. Son opinion, relativement aux symptômes, est que les hémorrhagies encéphaliques se manifestent rarement sans avoir été précédées de prodromes plus ou moins prononcés, après lesquels l'invasion de l'apoplexie est ordinairement subite.

On voit que cette idée semble encore découler de ce principe, que le *molimen hemorrhagicum* est le premier degré de toute hémorrhagie, et ici comme pour tous les autres cas précédents, M. Gendrin a besoin de passer par cet échelon pour arriver à la description de l'hémorrhagie cérébrale proprement dite. Un professeur de l'école qui, du reste, est loin de regarder l'hypéraimie et l'hémorrhagie cérébrale comme deux affections identiques, à l'intensité près, M. Rostan, fonde presque tout le diagnostic de cette dernière sur l'absence de tout prodrome. A cela M. Gendrin répond que cette opinion provient de ce qu'on s'est trop exclusivement arrêté aux faits recueillis dans les hôpitaux sur une classe de personnes habituées à négliger beaucoup de symptômes de dérangement de santé, et à en rendre mal compte.

Ainsi donc, pour lui, les apoplexies sont une maladie unique, quant à la lésion qui les constitue, mais elles se présentent sous plusieurs formes qu'il divise ainsi :

1° *Coup de sang* ou *apoplexie fugace*.

2° *Apoplexie* par excellence ou *apoplexie foudroyante* des auteurs.

3° La dernière forme est une suspension partielle des fonctions de relation qui dépendent du cerveau et de la moelle spinale; la suspension est permanente, ne cesse que progressivement, et quelquefois ne disparaît jamais tout à fait, au lieu que dans l'apoplexie proprement dite, les fonctions cérébrales sont toujours presque complétement suspendues toutes en même temps, et se rétablissent toutes simultanément, ou au moins en très-peu de temps, dès que la maladie vient à décroître. Cette forme, la plus fréquente, comprend, à des degrés très-variables, des paralysies, des anesthésies, ou même des lésions des facultés intellectuelles. Elle était bien distinguée, par les anciens, de l'apoplexie proprement dite, et M. Gendrin, qui, dans tout le cours de son livre, fait preuve d'une longue étude de leurs ouvrages, a exhumé avec bonheur, pour la distinguer, le nom de *paraplexie* (*id est apoplexia ad paralysin magis accedens*. Galien-Boerhaave). Il étudie ensuite les trois ordres de symptômes principaux qui se rapportent à ces formes, et qui font qu'elles rentrent souvent l'une dans l'autre, savoir : les *paralysies*, les *anesthésies*, et les *lésions des facultés intellectuelles*.

Plus loin, parmi les complications de la paraplexie, M. Gendrin signale la diarrhée inflammatoire, qui jette rapidement les malades dans une faiblesse extrême, bientôt suivie du coma et de la mort. De là, l'indication d'une grande réserve pour l'administration des purgatifs ou des aliments.

L'anesthésie des yeux constitue, dit-il, l'amaurose. Elle est rarement complète, n'occupe quelquefois même que certaines régions de l'organe. Elle est très-fugace au début ; mais dans les paraplexies confirmées elle ne cesse qu'après tout le reste, si toutefois elle doit cesser. Il pense, relativement à l'anesthésie, mais seulement d'après des faits peu nombreux, que la nutrition ne souffre pas de cet état comme de la paraplexie.

Il prétend, contradictoirement à d'autres praticiens, que dans le plus grand nombre des apoplexies il y a lésion des facultés intellectuelles, même dès les prodromes; il appelle cela, non pas un délire, mais un rétrécissement de ces facultés.

L'anatomie pathologique est sagement traitée ; elle occupe à elle seule, soixante pages de son volume,

Il reconnaît sept formes de lésion apoplectiques, qui sont :

L'hypéraimie encéphalique, la phlegmor-

rhagie encéphalique, l'hémorrhagie sous-méningienne du cerveau;

L'hémorrhagie intra-ventriculaire du cerveau;

L'hémorrhagie intersticielle centrale;

L'hémorrhagie de la protubérance annulaire;

L'hémorrhagie intersticielle centrale du cervelet;

L'hémorrhagie rachidienne;

Sous le nom de phlegmorrhagie encéphalique, l'auteur comprend la présence d'une quantité de sérosité plus grande qu'à l'état normal, dans les ventricules du cerveau, dans le réseau de la pie-mère et dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis.

Cet état s'observe particulièrement dans les apoplexies rapidement mortelles. C'est là ce qui avait fait admettre aux anciens des apoplexies séreuses. Morgagni a le premier établi la connexion de ces épanchements séreux avec la congestion cérébrale; mais M. Gendrin cite une observation d'apoplexie séreuse où la congestion sanguine était très-peu considérable, et il croit que ces sortes de cas sont souvent méconnus. Ainsi donc il existe pour lui des apoplexies séreuses.

L'hémorrhagie sous-méningienne se rapporte, comme les deux précédentes, à l'apoplexie foudroyante.

Les hémorrhagies rachidiennes ont été si rarement observées, que l'on ne peut formuler une description un peu générale des lésions anatomiques.

Dans le paragraphe suivant, M. Gendrin étudie les altérations des organes dans les paraplexies. Ce sont les mêmes que dans les apoplexies rapidement mortelles, moins l'étendue et l'importance du siége de la lésion. C'est ici que vient se placer la description du foyer apoplectique. Plus loin il examine les altérations qui se rapportent à la cause immédiate des lésions cérébrales apoplectiques. L'altération fondamentale est la rupture des artères, toujours existante, mais non pas toujours susceptible d'être reconnue. Il signale aussi le ramollissement inflammatoire après l'hémorrhagie, et qui est quelquefois la source de nouvelles hémorrhagies. Il ne s'agit que d'un ramollissement consécutif; car le fait de la production de l'épanchement par rupture des vaisseaux exclut la possibilité du ramollissement préalable.

Dans un autre paragraphe, M. Gendrin examine les apoplexies dans lesquelles on n'a point constaté de lésion encéphalique appréciable. Ces cas sont cependant assez rares, et l'auteur n'en a vu que deux dont un seul encore lui paraît offrir tous les caractères de l'authenticité. Le sujet de cette observation est un homme de cinquante-sept ans, qui succomba à une apoplexie foudroyante des mieux prononcées.

On ne trouva pas la moindre injection sanguine, ni accumulation de sérosité.

Il ne croit pas qu'une hémorrhagie accomplie avec épanchement eût pu disparaître après la mort; mais il admet la possibilité de la disparition d'une congestion sanguine ou de la sérosité. On a vu, dit-il, disparaître des congestions qui existaient, au moment de la mort, sur des organes externes. C'est même le cas le plus commun pour certains exanthèmes rouges de la peau. On en peut dire autant des fluides séreux développés dans les cavités. Maintenant, y a-t-il des apoplexies nerveuses? Voilà une question étouffée depuis peu par l'organisme, et qui valait bien la peine d'être réhabilitée aujourd'hui. M. Gendrin n'a fait que l'effleurer, et lui qui s'annonce comme ayant secoué le joug des prétentions trop exclusives de l'anatomie pathologique, lui donne vite gain de cause dans ces affections cérébrales, où elle n'a encore entrevu que trouble et confusion.

Il analyse ensuite avec beaucoup de détails les rapports qui existent entre les symptômes des apoplexies et les lésions encéphaliques. Il cite l'exemple d'une hémiplégie faciale occupant le même côté que la lésion cérébrale; il rapporte cette hémiplégie aux épanchements périphériques du cerveau.

L'épanchement provenait des rameaux de la branche postérieure de l'artère cérébrale moyenne gauche. Il s'était formé dans la trame de la pie-mère et avait lacéré la surface de la circonvolution supérieure et postérieure du lobe moyen gauche et de la circonvolution antérieure et supérieure du lobe postérieur gauche, jusqu'à cinq ou six lignes de profondeur. Plus profondément du même côté, entre le corps strié et la couche optique, on trouvait un kyste solide, adhérant fortement au tissu cérébral. La malade avait eu depuis trois mois une hémiplégie à droite, que justifiait un épanchement qui s'était fait dans le centre de l'hémisphère gauche. Mais l'épanchement périphérique que nous avons noté, et qui avait causé une mort rapide, avait amené une anesthésie de la moitié gauche de la face et une paralysie des muscles de cette même région; elle avait, en outre, produit une anamnésie. Les hémorrhagies périphériques du cerveau ainsi limitées sont assez rares; c'est pour cela sans doute, dit M. Gendrin, qu'on ne s'est pas aperçu qu'elles ne produisent pas des effets croisés comme les épanchements dans le centre des hémisphères. Ils n'ont même pas d'ailleurs de symptômes bien constants. Ainsi ils ne produisent quelquefois que le trouble des facultés intellectuelles. Voici le résumé général de l'auteur sur les rapports des épanchements de sang dans le cerveau avec les symptômes apoplectiques.

1. Les épanchements dans l'axe des hémisphères cérébraux, depuis les pédoncules jusqu'au centre du lobe antérieur produisent l'hémiplégie et l'anesthésie du côté opposé du corps par l'intermédiaire des pyramides et à cause de leur décussation;

2. Ces symptômes peuvent s'unir à ceux qui se rattachent à la suspension d'action des nerfs qui naissent des cordons innominés et des corps restiformes; cette suspension d'action arrive

aussi par l'intermédiaire de la pyramide, et s'exprime également vers le côté opposé.

3. Les épanchements de sang dans l'axe d'un hémisphère cérébral, s'ils s'élèvent dans la portion supérieure du prolongement des faisceaux pédonculaires, affectent les corps innominés au-dessus de la protubérance annulaire; il en résulte des symptômes d'anestésie et de paralysie aux yeux, à la face et à la langue du côté de l'épanchement, coïncidant avec l'hémiplégie du côté opposé; les fibres qui proviennent du faisceau innominé sont altérées en même temps.

4. L'épanchement de sang dans le pédoncule cérébral produit la suspension directe de l'action des nerfs qui en naissent, tout en déterminant des phénomènes de paralysie et d'anesthésie du côté opposé par l'intermédiaire de la pyramide.

5. Le foyer hémorrhagique, en s'étendant dans la pie-mère, à la surface du cerveau peut y atteindre des nerfs à leur point d'émergence; il en résulte une lésion des fonctions de ces nerfs qui se manifeste du même côté que l'épanchement.

6. L'hémiplégie limitée à la face, et surtout aux muscles moteurs de la langue, appartient à la lésion périphérique des fibres d'épanouissement des cordons innominés dans les circonvolutions; elle occupe le même côté que le foyer cérébral. Il est très-rare qu'il ne s'y joigne pas une lésion considérable des fonctions cérébrales.

7. La transition de l'épanchement de l'axe d'un hémisphère à l'épanchement périphérique, laquelle constitue l'épanchement intermédiaire, présente toujours à la fois des symptômes des deux côtés; c'est la traduction ordinaire des hémorrhagies qui circonscrivent les corps striés et qui s'élèvent à leur surface en les contournant.

8. Le trouble des fonctions de l'intelligence est d'autant plus marqué que la maladie a un siége plus éloigné de la protubérance annulaire et se rapproche davantage des circonvolutions;

9. La paralysie et l'anesthésie ne se manifestent pas dans toutes les hémorrhagies cérébrales périphériques; elles ne produisent quelquefois que des symptômes épileptiformes et d'autres fois seulement la lésion des facultés intellectuelles.

M. Gendrin ne tient aucun compte de ce qu'on a dit des rapports de l'état morbide du cervelet avec les organes génitaux.

Nous avons dit plus haut qu'il admettait des symptômes précurseurs aux apoplexies. Il y revient à l'article du diagnostic. Nous attachons, dit-il, une grande importance pour distinguer les prodromes apoplectiques à l'instantanéité de leur développement et à la courte durée de leur existence. Ainsi des vertiges subits avec céphalalgie gravative, rougeur de la face, injection des conjonctives, revenant sous l'influence des mouvements de la marche, sous celle des efforts musculaires, par suite d'une contention d'esprit ou par une cause morale excitante, s'ils disparaissent complétement en quelques instants pour se reproduire subitement de même et disparaître encore rapidement par intervalles et à la moindre cause occasionnelle, ne lui laissent guère de doute sur une hémorrhagie imminente. Mais ces symptômes sont souvent bien difficiles à apprécier car il ajoute qu'on sera plus fondé à les rapporter à une encéphalite commençante, si les vertiges se reproduisent plusieurs fois de suite sans cause évidente, et surtout s'ils s'ajoutent à une céphalalgie continue, à un état d'agitation et de perte de sommeil ou de malaise général. Quant aux coups de sang légers, ils ne sont par eux-mêmes que le signe du molimen hémorrhagique cérébral.

A l'article du traitement, M. Gendrin établit d'abord qu'il n'y a point de méthode expectante dans la thérapeutique des apoplexies, même pour les plus simples prodromes.

A la tête des moyens à leur opposer, il place les saignées, et surtout les saignées générales. Toutefois il y a des conditions comme l'âge, qui prescrivent d'en limiter l'emploi, telles que le trouble et l'affaiblissement profond de la circulation et par suite de toutes les fonctions. Dans les cas équivoques, M. Gendrin préfère encore être réservé sur les saignées, sauf à y revenir. Dans ces cas, dit-il, les malades ne surmontent qu'avec une difficulté extrême la faiblesse produite par une saignée copieuse, tandis qu'une modérée relève souvent le pouls et ne produit qu'une débilité fort passagère. Il va plus loin : si une saignée a produit une grande débilitation, favorisez par des stimulants une réaction active, même dans la prévision de revenir à la saignée; car la stimulation sagement provoquée ne s'étend pas jusqu'à l'encéphale.

La saignée de la saphène lui paraît plus spécialement indiquée à la période de phlegmasie réparatrice; car elle agit plus comme révulsive que comme déplétive.

Il fait remarquer que les saignées locales, si elles sont très-abondantes, produisent un effet débilitant, plus long à réparer que les générales; car c'est surtout des capillaires artériels qu'elles tirent du sang. M. Gendrin aime beaucoup à les rendre légères, mais presque continues durant un temps prolongé.

Quant aux purgatifs, il veut qu'on y renonce lorsque la cérébrite consécutive à l'épanchement sanguin est survenu. Il faut se borner à entretenir la liberté du ventre.

Il recommande de faire pratiquer de profondes fontanelles autour de la base du crâne, soit par l'application du feu, soit avec le cautère potentiel, lorsque les symptômes inflammatoires cérébraux se prolongent. Quand ces moyens n'ont pas réussi, il a souvent tiré de bons effets de la salivation mercurielle.

Enfin, dans le cas d'apoplexie tout à fait grave, il ne craint pas de donner les médicaments toniques et aromatiques.

Le traitement des symptômes qui persistent longtemps après les paraplexies est très-im-

portant ; il faut d'abord prendre garde de ramener une congestion cérébrale ; mais lorsque tout danger en est passé, il est bon d'activer la circulation et la nutrition. M. Gendrin donne en même temps la digitale pourprée, pour favoriser l'épanchement, diminuer la fréquence du pouls et activer la sécrétion des voies urinaires.

Les moyens appliqués directement sur les parties paralysées n'ont pour effet que de produire l'atrophie et les infiltrations séreuses. Quant à la strychnine, il a pour elle assez peu de confiance, et la craint dans la période où l'inflammation est facile à ramener : l'électricité est moins dangereuse.

Le dernier chapitre du livre de M. Gendrin traite des *pneumo-hémorrhagies*. Il désigne ainsi une extravasation sanguine survenue rapidement dans les poumons, avec l'instantanéité des hémorrhagies encéphaliques, d'où le nom d'*apoplexie pulmonaire*, que lui avait donné Latour.

C'est donc un cas tout différent de l'hémoptysie avec laquelle elle a été autrefois confondue. Toutefois comme le mot *apoplexie* implique en même temps une lésion des fonctions cérébrales qui n'a point lieu dans l'affection ici décrite, M. Gendrin l'a rayé de sa nomenclature, et lui a substitué la dénomination de pneumo-hémorrhagie. Le plus souvent elle débute sans prodromes. Son histoire a été donnée avec assez de détails par Latour et par Laennec, qui en a surtout complété l'anatomie pathologique.

La pneumo-hémorrhagie, dit M. Gendrin, est aussi rare dans la phthisie pulmonaire que l'hémoptysie y est fréquente. Le plus souvent elle se rattache à des obstacles au passage du sang par les orifices auriculo-ventriculaires du cœur, et surtout par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

La thérapeutique est en général la même que dans les hémoptysies ; mais l'effet des saignées est plus rapide dans ces dernières ; l'hémorrhagie arrêtée, tout est à peu près fini dans la pneumo-hémorrhagie : il reste souvent une phlegmasie pulmonaire, quelquefois même une complication d'empyème ou de pneumothorax. Ici, comme ailleurs, M. Gendrin, après avoir précisé l'indication des émissions sanguines, dit qu'après avoir limité la maladie, il y a à considérer l'intermédiaire nécessaire d'un acte vital dont il faut favoriser le développement et modérer les inconvénients. Tout ce qu'il a dit des traitements des hémoptysies s'applique ici.

Mais si les disurétiques ont peu d'effet dans ces dernières, ils ont rendu à doses élevées les plus grands services à l'auteur dans les pneumo-hémorrhagies. Il se loue aussi beaucoup de l'acide nitrique étendu d'eau : il n'a d'ailleurs aucun inconvénient.

En somme, on voit que, dans la plupart des hémorrhagies, M. Gendrin attribue de grands avantages au nitrate de potasse et à la digitale, ainsi qu'aux acides minéraux.

Ici finit le premier tome de l'ouvrage de M. Gendrin ; on sera peut-être étonné de n'y avoir rien trouvé sur les utéro-hémorrhagies ; mais c'est dans le prochain volume qu'il a promis de traiter des modifications morbides des hémorrhagies fonctionnelles. Nous ne pouvons que désirer vivement l'apparition de ce second volume et des suivants. Il y a trois ans que l'ouvrage de M. Gendrin est annoncé en quatre volumes ; il n'a encore paru qu'un volume, et ce volume est bien loin de renfermer le quart de la pathologie médicale ; surtout si l'on juge du nombre de bonnes choses qu'a encore à nous dire l'auteur d'après celles qu'il nous a dites ici. Nous ne lui reprochons donc pas d'être trop long dans ses descriptions, mais nous formons des vœux pour qu'il mette un peu plus de promptitude dans ses publications.

L.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE.

Exposé sommaire des recherches faites sur quelques parties du cerveau, précédé de considérations générales sur cet organe, par le D. Ribes, père.

Le mémoire de l'auteur est fondé sur des considérations anatomiques qui ont besoin d'être connues du même point de vue descriptif que lui, pour qu'on puisse se former une idée claire des conclusions qu'il en tire ; aussi ne pouvons-nous pas faire autrement que de donner un extrait de la partie purement anatomique de son ouvrage.

Il divise en deux séries les parties qui composent le cerveau proprement dit. Celles de la première série sont toutes placées dans les ventricules, et celles de la seconde forment plus particulièrement la masse du cerveau. La première série serait symétrique, et présenterait deux moitiés exactement semblables, si la glande pinéale ne venait troubler la symétrie. Les parties de la première série qui sont placées du côté droit communiquent avec celles du côté gauche, au moyen de la lame interne du bord supérieur de la cloison transparente, et au moyen de la glande pinéale et de ses rênes. Ces parties sont les éminences mamillaires et leur collet, le pédoncule de l'éminence mamillaire, la glande pinéale, la bandelette demi-circulaire, etc.

Les parties de la seconde série, qui forment particulièrement la masse du cerveau, sont les pédoncules de cet organe, les tubercules quadrijumeaux, les éminences genouillées, les couches des nerfs optiques, les corps cannelé, les corps calleux, les circonvolutions du cerveau et les commissures antérieure, moyenne et postérieure. Les parties de cette série qui sont du côté droit communiquent avec celles du côté gauche, au moyen des commissures

mais particulièrement au moyen du corps calleux.

Les relations de l'appareil sus-sphénoïdal sont extrêmement étendues, et paraissent à l'auteur aussi positives que les relations du bulbe rachidien avec la protubérance annulaire.

La première série des parties du cerveau proprement dit est en relation avec la seconde par le moyen des pédoncules de l'éminence mamillaire, ainsi qu'au moyen de l'extrémité externe de la bandelette demi-circulaire et du corps frangé.

L'appareil sus-sphénoïdal et les parties du cerveau qui composent la seconde série sont en rapport direct avec tous les nerfs de la tête et avec tous les autres nerfs du corps, par l'intermédiaire de la moelle allongée et de la moelle épinière.

Après ces données anatomiques, l'auteur se demande si l'appareil sphénoïdal et les organes de la seconde série du cerveau, ne pourraient pas être considéré comme le lien commun des sensations, et les parties de la première série comme les organes des facultés intellectuelles. Avant de répondre, il veut chercher s'il y a dans le cerveau un lien pour les sensations, et un autre pour le siége de la pensée et la génération des idées. Il faut aussi avant tout remarquer que les parties de la première série ne donnent point naissance eux nerfs et qu'elles n'ont point de rapports directs avec eux. La première question qu'il examine est la *sensation considerée sous le rapport anatomique*. Le sens du toucher est le plus étendu de tous, et il s'exécute au moyen de la peau et des nerfs.

M. Ribes ne peut se résoudre à croire que chaque point sentant ait un nerf. Il faudrait que toute la surface de la peau ne fût qu'un tissu nerveux sans intervalle, à travers duquel la pointe d'une aiguille ne puisse passer sans piquer un nerf; car, dit-il, en poursuivant les nerfs le plus loin possible, on les voit devenir si fins, qu'il faut qu'il y ait quelque chose au-delà de ces nerfs qui porte la sensibilité là où ils ne peuvent arriver. Les nerfs, d'ailleurs, ne sont point la condition *sine quâ non* de la vie; car les fausses membranes n'en contiennent pas et sont soustraites à leur influence. Les larges cicatrices ont comme ces dernières des vaisseaux, et cependant elles n'ont point de nerfs.

Les troncs principaux des nerfs sont composés de filets, qui, d'abord placés sous la même gaîne, vont ensuite à leur destination en se séparant les uns des autres. Cependant on voit souvent des rameaux d'un tronc principal aller s'unir à la gaîne d'un tronc voisin pour s'en détacher bientôt et retourner à leur destination. On voit de ces cas au plexus cervical, etc. Une seconde modification est celle des réseaux ou plexus, d'où partent des nerfs comme d'un nouveau centre qui a dû leur imprimer un mode d'action différent de celui qu'ils avaient primitivement. Une troisième modification intermédiaire, signalée par M. Ribes, est celle que doivent éprouver les nerfs, lorsqu'ils se réunissent à des ganglions ou lorsqu'ils forment ces centres nerveux. La vie organique peut alors revendiquer pour elle une partie de leur action.

Tous ces nerfs, quelle que soit leur modification, ont la même structure; ce n'est donc point à eux qu'appartient la différence des impressions, mais essentiellement, selon M. Ribes, à la structure différente des organes. Il admet toutefois une exception en faveur du nerf optique et du nerf acoustique, qui sont faits pour leurs organes respectifs; mais encore d'autres nerfs viennent-ils ici au moins comme auxiliaires.

Ainsi, les nerfs sont bien des organes de sentiment; mais c'est la variété des organes qui fait celle des sensations.

L'impression reçue par l'organe du tact est portée au lieu des sensations ou au siége de l'âme, au moyen du prolongement rachidien, et des nerfs qui en partent. La moelle de l'épine, ainsi que les nerfs rachidiens, sont, pour M. Ribes, un moyen de transmission sur la moelle allongée; mais le plus embarrassant est de décider à quelle endroit du cerveau se transmet la sensation, et l'auteur ne peut répondre à cette question. L'inflammation de la substance corticale et de la pie-mère trouble à la fois et les sensations et les fonctions intellectuelles. Les parties de la seconde série sont en rapport avec tous les nerfs du corps. Il y aurait donc à soupçonner qu'elles président aux sensations; mais si les parties de la première série n'ont pas de communication avec les nerfs, elles en ont par cinq points différents avec celles de la seconde. M. Ribes incline à penser que les parties dont se compose la première série sont le centre commun des sensations, que le rôle des parties de la première est actif, qu'elles pourraient être l'organe des facultés intellectuelles et agir sur l'imagination, les idées et la pensée.

L'auteur cherche à élucider la question par l'étude des sens en particulier et pense relativement au goût, qu'on a eu tort de ne pas vouloir que le grand hypoglosse se rende jusqu'à la muqueuse de la langue. Il les fait participer à la gustation aussi bien que le nerf lingual; il se demande ensuite quel serait le trajet anatomique de la sensation, le point d'arrêt de cette sensation: la réponse, comme on le prévoit, est qu'on l'ignore. Il n'a pas plus de succès pour le sens de l'olfaction, est-ce dans les tubercules quadrijumeaux et dans les couches des nerfs optiques, point d'origine du nerf oculaire, que reste la sensation produite par l'impression de l'image des corps éclairés par la lumière? la réponse est toujours la même, et l'examen de l'audition n'apprend rien de plus clair. Cependant, malgré le peu de fécondité de ses recherches, l'auteur n'en persiste pas moins à penser que les parties de la première série sont le centre commun des sensations et des facultés intellectuelles. Il fonde ses présomptions sur ce que la partie principale du sens de l'ouïe est la *membrane* acoustique, que

celle de la vue est la *membrane* rétive, que celle de l'odorat est la *membrane* pituitaire, que celle du goût est la *membrane* de la langue et que le sens du tact est dans la peau de la pulpe des doigts, autre *membrane*. Pourquoi donc conclut-il par analogie à ne pas placer le lieu commun des sensations et des facultés intellectuelles, s'il y en a un, dans la *membrane médullaire*, qui est étendue sous la voûte des ventricules latéraux et qui tient à un ensemble de parties admirablement arrangées? Mais l'auteur a le bon esprit d'ajouter que cette analogie n'est point un motif de jugement infaillible.

Son mémoire est terminé par des réflexions probablement plus tirées de ses études et de ses convictions philosophiques que de ses travaux anatomiques. Ce qu'il y a de vrai, dit-il, c'est que toutes les idées nous viennent par les sens; il n'y a d'inné que la bonne ou la mauvaise disposition de nos organes. Heureux, ajoute-t-il, l'homme qui a su les perfectionner, en les exerçant et en répétant plus ou moins souvent les mêmes impressions, jusqu'à ce que la sensation ou l'image de l'objet reste gravée dans la mémoire. La mémoire est le réservoir de toutes les idées qui nous viennent par les sens. Elle n'est point le jugement: mais sans elle celui-ci ne saurait exister; car il résulte de la comparaison de deux idées, et comme l'esprit ne peut en considérer attentivement qu'une seule à la fois, s'il manque de mémoire, lorsqu'il veut comparer la seconde, il ne trouve plus rien; aussi la mémoire est-elle une condition *sine quâ non* de l'éloquence. Bossuet en était prodigieusement doué; Massillon et Bourdaloue disaient que leurs meilleurs sermons étaient ceux qu'ils savaient le mieux.

On ne saurait donc, conclut-il, trop cultiver la mémoire, non par la routine, mais par l'étude, en exerçant continuellement les organes des sens pour leur apprendre à analyser, à classer, à retenir et à conserver les impressions que la manière d'être des objets extérieurs a faites sur eux.

Considérations sur l'hydrocèle et sur un nouveau moyen de pratiquer l'injection avec un instrument à pompe; extraites des leçons de clinique de M. Lisfranc, par M. Baud, interne.

L'auteur s'excuse de revenir à un sujet tant de fois rebattu, sur l'importance des considérations pratiques émises par le maître dont il n'est que l'interprète.

On a exagéré, selon lui, la valeur de certains signes diagnostiques; ainsi le poids de la tumeur peut être très-grand relativement au volume, sans qu'il y ait sarcocèle *et vice versâ*. Sa forme ne prouverait pas davantage; la fluctuation, de son côté, peut résulter de la fonte du testicule. Quant au volume, il est rarement considérable dans le sarcocèle, sans s'accompagner d'un engorgement du cordon. S'il reste du doute, il veut qu'on fasse la ponction exploratrice avec l'aiguille des Indiens. La matière qui file au dehors et la sensation éprouvée par la main ont une signification presque absolue; mais il faut encore noter le mot *presque*.

L'hydrocèle se trouve quelquefois circonscrite par des adhérences dans une partie de la cavité de la tunique vaginale; donc, toute hydrocèle qui existe à la partie supérieure du testicule n'est point une hydropisie enkystée du cordon. Il faut aussi se garder de confondre ces affections avec des ramollissements ou des abcès circonscrits du testicule, qui se traduisent du reste, par des phénomènes particuliers.

Si une hernie complique une hydrocèle, elle se glisse ordinairement à sa partie postérieure; mais elle peut user la tunique vaginale et plonger dans le liquide: il faut donc user de grandes précautions, bien que Monro cite des exemples d'anciens sacs herniaires hydropiques, opérés sans inconvénient pour des hydrocèles.

Contre les hydrocèles de date récente, on peut employer les sangsues, les diurétiques, les préparations d'iode. Quant aux vésicatoire, M. Lisfranc les rejette comme presque toujours inutiles et plus souvent sujets à provoquer des accidents inflammatoires.

Les méthodes employées par M. Lisfranc sont la ponction suivie de l'injection, l'incision seule, et l'incision unie à l'excision.

La ponction suivie de l'injection est la règle dans les salles de ce chirurgien, comme dans les autres hôpitaux de Paris. Suivent des préceptes aussi les mêmes qu'ailleurs: si, malgré les précautions, le trocart lésait le testicule, il faudrait peu s'en inquéter; M. Lisfranc ne l'a jamais vu suivre d'accidents, même entre les mains de Dupuytren qui l'a tentée plusieurs fois avec intention.

Une hydrocèle est-elle très-volumineuse; le professeur extrait d'abord les deux tiers environ de la sérosité; il attend ensuite cinq à six jours pour que la petite plaie soit cicatrisée, et ordinairement, pendant ce temps, les parties reviennent sur elles-mêmes, et l'hydrocèle se trouve réduite à un bien moindre volume. Ici M. Lisfranc fait une digression qui n'est pas sans utilité: s'il voulait extirper une tumeur volumineuse, contenant un liquide, il en pratiquerait immédiatement auparavant la ponction sur le point le moins déclivé, pour la vider en grande partie; la peau, cessant d'être distendue et venant à s'affaisser, l'abandonnerait pour venir reprendre à peu près sa place; d'où résulterait que la dissection porterait sur une surface moins étendue et ferait une plaie beaucoup moins grande.

M. Lisfranc a observé que la guérison est plus rapide quand l'augmentation du volume de la tumeur, qui a lieu dans les vingt-quatre heures après l'opération, est due en grande partie au testicule, que lorsqu'elle dépend d'une abondante sécrétion à la surface interne de la tunique vaginale; les heureux résultats que M. Magendie a retirés d'une seconde paracenthèse le lendemain ou le surlendemain d'une première avec injection dans l'abdomen,

ont conduit le professeur de la Pitié à penser que le terme de la guérison pouvait bien être hâté par une seconde ponction destinée à évacuer la sérosité amassée consécutivement. Mais il n'a pas encore eu le temps de tenter ce moyen; il se sert, du reste, pour pratiquer l'injection, d'une sorte de pompe aspirante et foulante à jet continu.

Si dans les premiers jours qui suivent l'opération l'ouverture faite par le trois-quarts laisse écouler un liquide d'abord séreux, puis lactescent, puis mêlé de fausses membranes de plus en plus organisées, il n'y a qu'à laisser aller. Mais si c'est du pus qui s'écoule avec abondance, et s'il se développe de violents symptômes locaux et généraux, il faut ouvrir largement la tumeur: si l'incision était petite, le testicule pourrait s'engager entre les lèvres de la plaie, s'étrangler et se gangrener.

Si une hydrocèle prise pour une hernie avait été repoussée en partie dans l'abdomen, et était restée adhérente à l'anneau, il faudrait se borner à la ponction palliative à cause du voisinage du péritoine.

Quand une hydrocèle existe avec une hernie, M. Lisfranc préfère l'incision, comme exposant moins à l'inflammation du sac herniaire.

L'incision simple, et l'incision unie à l'excision sont l'exception; les circonstances qui nécessitent leur application sont connues de tout le monde: nous n'insisterons que sur les remarques qui appartiennent plus en propre à M. Lisfranc. Quand on pratique l'incision et qu'elle s'étend seulement jusqu'à la partie inférieure des bourses, les tissus reviennent bientôt sur eux-mêmes, surtout lorsque l'hydrocèle est volumineuse, d'où résulte un cul-de-sac où le pus s'accumule; pour éviter cet inconvénient, le chirurgien de la Pitié fait remonter l'incision derrière la tumeur à un pouce ou deux. Si elle est très-volumineuse, deux incisions semi-lunaires, réunies par leurs extrémités, circonscrivent, sur toute la longueur de son plus grand diamètre, un lambeau de tissu qui doit être sacrifié.

L'hydro-sarcocèle, quand le testicule n'est pas trop dégénéré, guérit aussi bien que l'hydrocèle simple, sauf quelque induration de l'épididyme qui persiste presque toujours. Dans un cas où M. Lisfranc avait enfoncé le trocart, il ne sortit qu'une petite quantité d'un liquide épais; le testicule était très-gros, dur comme le poing: on fut obligé de pratiquer l'incision: de nombreuses loges se trouvaient dans la cavité de la tumeur; on enleva toutes leurs cloisons, et le testicule resta à nu. Plusieurs chirurgiens étaient d'avis d'amputer le testicule: M. Lisfranc ne désespéra pas de le conserver, et fit un pansement simple. Pour modérer l'inflammation, il fit appliquer trente sangsues sur le trajet du cordon testiculaire au dessus de la plaie; la diète, les boissons émollientes, les lavements et les cataplasmes émollients firent le reste, et le testicule revint à son volume et à sa consistance ordinaires. Ce fait, ajoute l'auteur, démontre quel heureux résultat on peut obtenir en greffant une inflammation aiguë sur une inflammation chronique. Il rapporte un cas analogue, où une tumeur du sein à moitié enlevée par une opération que la malade ne voulut pas laisser achever, diminua à la suite d'une violente inflammation, et disparut tout à fait au bout d'un mois.

Expériences cliniques sur le soufre doré d'antimoine, ou sulfure d'antimoine hydraté avec excès de soufre (Berzélius), comme agent vomitif et sudorifique, par M. A. Toulmouche, D.

L'auteur se pose six questions qu'il a cherché à résoudre par de nombreuses expériences dont il offre tous les détails statistiques; nous donnerons seulement les conclusions qu'il en tira qui servent de réponse à chacune de ses six questions :

1° Ce sel provoque plus sûrement l'effet vomitif à la dose d'un ou deux grains, qu'à celle de quatre à huit.

2° Il le produit à moindre dose que le kermès minéral, et plus fréquemment.

3° Son action vomitive, quoique moins incertaine que ce dernier agent, est néanmoins peu sûre, puisqu'elle n'est produite que dans un peu plus de la moitié des cas.

4° Sa propriété purgative est beaucoup moins fréquente que sa vomitive, tandis que l'inverse s'observe pour le kermès.

5° Le soufre doré d'antimoine peut être, comme le kermès, donné à des doses élevées dans des maladies autres que le rhumatisme, la pneumonie; dans ces cas, l'action vomitive et la purgative semblent diminuer dans la même proportion que les doses sont augmentées.

6° Enfin, la propriété sudorifique que lui attribuent tous les traités de matière médicale est tout à fait contestable.

L.

REVUE MÉDICALE.

Nouvelles observations sur l'efficacité des pilules du D. Blaud dans les affections chlorotiques (1).

Cet article, qui consiste en l'exposition de la méthode de M. le docteur Blaud, se trouve composé de cinquante observations tendant à prouver que les pilules de ce praticien sont au moins aussi bonnes que celles de M. Vallet dans le traitement de la chlorose.

M. Blaud prétend avec raison que ce n'est

(1) Nous reviendrons encore ici sur la puérilité de ces discussions de MM. Vallet et Blaud. Tous les médecins savent en effet que des pilules faites tout simplement avec de la limaille, de l'oxyde ou du carbonate de fer, sont tout aussi utiles que ces merveilleuses pilules sur lesquelles on dispute tant.
(N. du R.).

pas sur des expériences chimiques que doit se fonder l'appréciation des vertus des médicaments, mais que c'est seulement aux essais thérapeutiques qu'il faut avoir recours pour apprécier rigoureusement les propriétés médicinales de la substance employée. Et, en effet, peu importe aux praticiens que les pilules qu'ils emploient contiennent peu ou pas de protoxyde de fer, pourvu que par leur moyens ils guérissent toutes les chloroses.

Nous ne dirons rien ici de ces nombreuses observations, qui toutes prouvent en faveur du fer : d'ailleurs l'emploi journalier que l'on fait des pilules ferrugineuses et les bons effets qu'on en retire sont, ce nous semble, un titre assez puissant.

La formule de M. Blaud ayant été altérée depuis sa publication par les différents auteurs qui l'ont rapportée, il croit devoir la rétablir dans toute son exactitude et nous avouons que ce n'en valait guère la peine.

Prenez : gomme adragante en poudre, six grains ; eau, un gros.

Faites macérer dans un mortier de verre ou de porcelaine, jusqu'à la formation d'un mucilage épais ;

Ajoutez ensuite :

Sulfate de fer en poudre, une demi-once.

Broyez exactement jusqu'à ce que le mélange soit bien homogène ; ajoutez alors :

Sous-carbonate de potasse, une demi-once. Broyez jusqu'à ce que la masse, qui devient bientôt d'un vert jaunâtre, passe au vert foncé et prenne une consistance molle ; faites quarante huit pilules égales. Cette dose suffit pour la guérison d'une chlorose ordinaire, pourvu qu'on l'administre de la manière suivante :

le 1er jour,	une le matin à jeun;
le 2e,	une dans l'après-midi;
le 3e,	une le soir au coucher,
le 4e et 5e,	deux le matin en une d.
le 6e,	deux le soir ;
le 7e,	deux le matin;
le 8e,	deux dans l'après-midi :
le 9e,	deux le soir ;
les 10e et le 11e,	trois le matin en une d.;

(Ordinairement la guérison a lieu à cette époque.)

le 12e,	trois le soir;

le 13e et les jours suivants, jusqu'à la guérison, trois le matin, trois l'après-midi et trois le soir.

Dans les chloroses chroniques ou rebelles, M. Blaud fait, après la guérison et pour éviter les rechutes, continuer l'usage de ces pilules à doses décroissantes, ainsi qu'il suit :

le 1er jour à dater de la guér.	trois pilules le m.;
le 2e et 3e,	deux le matin. ;
le 4e,	deux le matin ;
le 5e,	deux l'après-midi ;
le 6e,	deux le soir;
le 7e et 8e,	deux le matin ;
le 9e,	deux le soir ;

le 10e jour et les suivants, pendant 10 à 15 jours, selon que la maladie a été plus ou moins rebelle, une le matin, une dans l'après-midi, et une le soir (3).

Recherches sur le diagnostic des maladies de poitrine chez les enfants, par C. Taupin, interne à l'hôpital des enfants malades.

Le travail de M. Taupin est réellement un service rendu à la science, en ce qu'il jette quelque lumière sur un sujet jusqu'alors presque inconnu, et qui cependant intéresse si vivement le praticien. Dans les quelques traités des maladies des enfants qui ont été publiés jusqu'à nos jours, c'est à peine si l'on rencontre des vues vraiment pratiques, et des idées bien nettes sur les affections de poitrine, et sur leur mode de diagnostic ; l'auteur a donc eu raison de s'emparer d'un sujet qui n'avait pas encore été exploité, ou qui ne l'avait été que d'une manière incomplète : nous le félicitons de s'en être tiré avec tant de bonheur et d'intérêt.

La marche qu'il a adoptée est presque la même que celle qui a été suivie par Laënnec, dans son *Traité de l'auscultation médiate.*

L'auscultation des voies respiratoires est tout autre chez l'enfant que chez l'adulte ; aussi faut-il une très-grande habitude pour établir un diagnostic certain des affections de poitrine qui se rencontrent si fréquemment dans le jeune âge. En effet, dans les maladies générales qui atteignent l'enfance (*fièvre typhoïde, rougeole, croup, gangrène de la bouche, etc.*), les organes de la respiration sont toujours affectés à un degré plus ou moins élevé.

Examinons, avec M. Taupin, tous les moyens que fournit l'expérience.

Attitude du corps. — On ne peut tirer, chez l'enfant aucun indice de la position du corps, qui chez l'adulte fournit des renseignements précieux, l'enfant restant habituellement couché sur le dos.

Cris. — Ce phénomène ne peut fournir aucune donnée utile dans les affections de poitrine; il n'en est pas de même pour les cris que Coindet a appelés *cris hydrencéphaliques*, et qui indiquent la présence d'une hydropisie des ventricules du cerveau.

Facies ; traits. — Quoique M. Jadelot ait assigné des traits caractéristiques de chaque affection, M. Taupin n'a rien remarqué dans les contractions de tel ou tel muscle qui puisse lui fournir des signes diagnostiques. Nous croyons, avec l'auteur, qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à ces signes, quoique nous ayons cependant eu occasion de voir M. Bretonneau diagnostiquer quelques affec-

(1) L'expérience a démontré à tous les praticiens que les pilules de M. Blaud, pas plus que toute autre préparation ferrugineuse, ne guérissait le chlorose en douze jours ; il est indispensable pour assurer la guérison de continuer le fer pendant six semaines ou deux mois (N. du R.)

tions, en ayant seulement égard aux traits de ses malades.

Coloration de la face. — La coloration rouge intense du visage, chez un enfant atteint de dyspnée, devra faire présumer une affection aiguë de poitrine à son début; si la maladie devient plus intense, la teinte de la face n'est plus rouge, mais livide et violacée.

Dans le croup, la face est très-pâle ; dans la pneumonie lobulaire et dans la pneumonie hypostatique, la face est violacée.

Bouche.—Si l'obstacle à la respiration siége dans la gorge, la bouche sera béante, et la face pâle ou livide ; si, au contraire, l'affection occupe les plèvres ou les poumons, les lèvres sont rapprochées, mais les ailes du nez se contractent énergiquement.

Circulation (capillaire). — Refroidissement rapide des extrémités, qui prennent une teinte violacée.

Pouls. — Il acquiert toujours dans les affections aiguës de poitrine une grande fréquence : M. Taupin n'a jamais observé de ralentissement.

Respiration. — La fréquence de la circulation reconnaît pour cause celle de la respiration : celle-ci est précipitée ; on compte quelquefois quatre-vingts inspirations et plus par minute ; l'inspiration est courte, saccadée, et séparée par un intervalle indivisible de l'expiration, qui est accompagnée d'un effort convulsif.

Respiration abdominale. — Cette respiration secondaire se remarque quelquefois dans les cas de grande dyspnée. Il est des circonstances où on doit la considérer comme normale ; par exemple, chez des sujets rachitiques dont la poitrine, conformée vicieusement, ne peut pas se développer.

Dilatation de la poitrine. — A l'état normal, la dilatation de la cavité thoracique s'opère régulièrement.

Conformation. — Comme chez l'adulte, le côté droit est plus développé que le gauche.

Rétrécissements. — Ils reconnaissent pour cause une pleurésie terminée par la résolution du liquide épanché, et la formation d'adhérences celluleuses entre les deux feuillets de la plèvre.

Dans le pneumo-thorax, dans l'emphysème pulmonaire, dans les cas de tumeur développée dans le médiastin antérieur, dans les affections du cœur, on observe de la dilatation.

Frémissement pulmonaire. — La main, appliquée sur la poitrine d'un enfant sain qui respire librement, ne perçoit d'autre sensation que celle de la dilatation et du resserrement alternatifs de la cavité thoracique.

Percussion : 1° état normal. Les muscles peu volumineux, la respiration plus active, la perméabilité plus grande du poumon, fournissent une résonnance en quelque sorte puérile comme le bruit vésiculaire.

2° *Etat pathologique.* — La percussion ne donne aucun résultat dans la bronchite et la coqueluche simple. Dans l'emphysème, dans le pneumo-thorax, ce seul moyen ne saurait suffire pour porter un diagnostic certain. Dans la phthisie, chez de très-jeunes enfants, la percussion ne donne pas d'induction certaine. On entend quelquefois le son de pot fêlé, dans les cas où les cavernes sont assez étendues et à demi remplies de pus. Dans la pleurésie avec épanchement, il y a matité, etc., etc.

Auscultation, bruit vésiculaire puéril. — En examinant un enfant, on est frappé des caractères de sa respiration : cette puérilité du bruit tient à ce que les cellules aériennes se dilatent plus amplement que chez l'adulte ; ce bruit est suspendu dans quelques maladies, telles que la pneumonie lobaire, la pleurésie, la bronchite intense, l'emphysème pulmonaire.

Respiration bronchique. — Elle s'entend dans l'état naturel au devant du larynx, de la trachée, à la racine des bronches. Dans l'état morbide, on trouve du souffle bronchique dans la pneumonie du sommet chez les très-jeunes enfants ; dans la pleurésie, dans les cas de dilatation bronchique considérable, etc.

Voix. 1° Etat normal. — La voix résonne moins fort que chez l'adulte, ce qui tient au timbre plus grêle de la voix, à la finesse plus grande du tissu pulmonaire.

2° *Etat morbide.* —La bronchophonie et la pectoriloquie ne présentent rien de particulier. L'égophonie s'entend rarement, parce que les pleurésies sont presque toujours partielles et circonscrites. M. Taupin a remarqué que la voix de l'observateur retentissait avec presque autant de force que celle du malade et pouvait ainsi donner *extérieurement* ce qui manquait *intérieurement*, car les petits malades ne sont pas toujours d'humeur à répondre aux questions qu'on leur adresse. Cette résonnance, applicable à la bronchophonie, à la pectoriloquie et surtout à l'égophonie, ne se retrouve pas chez les individus dont les poumons sont sains.

Toux. — Elle ne résonne nullement, quand la respiration est puérile ; elle est tubaire, quand la respiration est bronchique ; caverneuse dans les cas d'excavation bronchique ou tuberculeuse.

Râle crépitant. — Il existe dans l'enfance avec toutes ses variétés. Il est sec ou humide, gros ou fin, rare ou abondant.

Les râles muqueux, caverneux, le gargouil-

lement, existent dans les mêmes circonstances que chez l'adulte.

Râles secs.—Ils se rencontrent dans la bronchite et la coqueluche.

Bruit de soupape. — M. Taupin a plusieurs fois entendu dans le croup bronchique, en arrière de la poitrine, un bruit de soupape qui lui a fait reconnaître la présence de fausses membranes flottantes dans les bronches.

Expiration prolongée. — Elle se rencontre au début de la phthisie.

Craquement. — Ce bruit qui se remarque chez les phthisiques existe, au dire de l'auteur, pendant les deux bruits respiratoires, et même dans l'intervalle qui les sépare.

Bruit de frottement. — Il coïncide avec un frémissement très-sensible à la main pendant la respiration, nul pendant la phonation, et avec une résonnance égophone de la voix.

Tintement métallique; voix, respiration, toux amphorique. — Les perforations pulmonaires, les grandes excavations, sont rares chez les enfants; aussi M. Taupin annonce-t-il qu'on a peu occasion de rencontrer ces signes : toutefois il les a trouvés plusieurs fois chez des phthisiques ou des enfants atteints de gangrène du poumon.

Opération pratiquée par M. Récamier pour la cure radicale d'une hydropisie enkystée de l'ovaire.—Kyste uniloculaire de la trompe utérine gauche.

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de vingt-six ans. A dix-neuf ans, elle accoucha à terme; six mois plus tard elle fit une fausse couche; six mois encore après ce dernier accident, il lui survint des douleurs abdominales subitement et sans cause appréciable. Ses règles parurent abondamment, et la malade garda le lit pendant plusieurs jours. Au bout de six semaines cette femme s'aperçut qu'elle avait dans le côté droit du bas-ventre une tumeur grosse comme le poing, indolente, tellement mobile, qu'elle pouvait la faire rouler avec la main. Un an après, cette tumeur était assez volumineuse pour ne pouvoir plus être déplacée.

L'abdomen augmenta lentement de volume pendant cinq ou six ans, puis son accroissement devint plus rapide.

Lorsque M. Récamier se décida à l'opération, qui fut pratiquée le 23 juillet 1838, voici quel était l'état de la malade. L'abdomen est plus volumineux que dans une grossesse à terme, dépassant en saillie la poitrine, repoussant en dehors les fausses côtes, et descendant inférieurement jusqu'à la partie supérieure des cuisses; la percussion fournit une matité complète. Il y a de la fluctuation dans tous les sens.

On retira neuf litres de sérosité incolore, et on appliqua aussitôt un bandage compressif sur l'abdomen, et les douleurs que la malade ressentait cessèrent de suite.

Elle fut prise vers le soir de douleurs très-vives dans l'abdomen, qui furent combattues par une saignée et des sangsues.

Le lendemain le kyste ne contenait plus de liquide; quelques petites coliques. On prescrit un bain et du bouillon.

Jusqu'au 28 la malade alla bien. Ce jour-là, après un violent accès de colère, elle fut prise de fièvre, de douleurs vives à l'hypogastre, accompagnées de nausées et de vomissements. Le pouls est petit, et donne cent dix pulsations. On ordonne des bains, des cataplasmes et des sangsues.

Le 29, un peu de mieux. Constipation opiniâtre malgré les lavements.

Le 1er août l'abdomen a considérablement augmenté de volume, donne un son tympanique, et est moins douloureux à la pression.

5 août. M. Récamier pratique le toucher et s'assure que l'ouverture pratiquée est presque cicatrisée; il essaye de rétablir une communication avec le kyste, et on voit s'écouler cinq ou six cuillerées de liquide limpide et incolore.

4 août. Apparition des règles, qui coulèrent pendant quatre jours.

12 août. Hémorrhagie intestinale évaluée à plusieurs verres par la malade. (Tous les six mois cette femme est sujette à de pareilles pertes.)

Le 15 août, après d'assez vives coliques, elle a rendu par le rectum, en huit ou dix fois, plusieurs grands bassins d'un liquide jaune verdâtre, qui ont fait diminuer le volume du ventre. Ces évacuations ont persisté jusqu'au 19. La malade mangeait alors le quart de la portion.

20 août. Apparition d'une angine pseudo-membraneuse.

21 août. M. Récamier cautérise les plaques pseudo-membraneuses développées sur les amygdales, le voile du palais et la partie postérieure du pharynx, avec le nitrate acide de mercure.

22 août. La douleur de gorge a sensiblement diminué.

Depuis lors, affaiblissement graduel, vomissements bilieux. Elle veut quitter l'hôpital le 27 août. On l'emporte sur un brancard. Elle resta chez elle jusqu'au 8 septembre, et rentra dans le service de M. Récamier, dans le dernier degré de marasme. Elle succomba le 12 septembre.

A l'autopsie, faite quarante-deux heures après la mort, on trouva dans l'abdomen une cavité purulente à parois épaisses et fibreuses, placée en dehors du péritoine qui la tapisse extérieurement.

Cette cavité communique avec le colon ascendant et renferme dans son intérieur une autre poche, mince, flétrie, revenue sur elle-même et adhérente en quelques points seulement.

C'est le kyste primitif vidé par l'opération, et qui ne contient plus qu'une petite quantité de sérosité

limpide; sa surface interne est lisse, d'un blanc mat, nacré en certains points. Le côté gauche de l'utérus est fortement uni aux parois de la tumeur par l'intermédiaire de la trompe et de l'ovaire de ce côté. Le canal de la trompe gauche pénètre dans l'épaisseur des parois fibreuses du sac purulent.

L'ovaire gauche est aplati, déformé; il adhère intimement à la tumeur. La trompe droite est convertie en une poche remplie d'un caillot noirâtre avec de la sérosité sanguinolente.

L'ovaire droit a le volume d'une petite noix. Son tissu est le même que celui de l'ovaire opposé.

Les poumons sont emphysémateux et offrent quelques traces de pneumonie.

M. Récamier fait suivre cette intéressante observation que nous avons été obligé de tronquer, des remarques suivantes :

1° Il ne se manifesta pas de symptômes inflammatoires jusqu'au moment où cette femme se mit en colère.

2° Au moment de l'opération, le palper du ventre détendu ne permit de reconnaître aucune masse dans le fond du kyste.

3° A la manière dont les accidents consécutifs se sont comportés, il paraît certain que si le sac eût été convenablement ouvert inférieurement, la malade avait les plus grandes chances d'une guérison facile. Si M. Récamier devait pratiquer cette même opération pour un cas analogue, il emploierait, au lieu d'un trois-quarts rond, un trois-quarts aplati et courbé sur son plat en quart de cercle : la ponction étant faite entre l'ombilic et le pubis, il viderait le kyste. Alors il replacerait la lame de l'instrument sans faire saillir la pointe aplatie et tranchante des deux côtés; il porterait deux doigts derrière le col utérin, chercherait avec l'extrémité de la canule le cul-de-sac du péritoine, et les doigts toujours placés dans le vagin ; puis il ferait sortir tout doucement la lame, avec le tranchant de laquelle il inciserait transversalement, et de haut en bas, le kyste sur sa partie inférieure, le péritoine derrière l'utérus et la partie supérieure du vagin, dans l'étendue d'environ huit lignes chacun. Il ferait alors passer l'instrument dans le vagin, et s'il ne trouvait pas l'ouverture du kyste suffisante, il examinerait s'il ne serait pas possible de l'agrandir avec un bistouri boutonné, courbé sur le plat, conduit sur la canule du trois-quarts ; il examinerait l'opportunité de placer une sonde de gomme élastique et la facilité de le faire; il tiendrait enfin le ventre comprimé par un bandage de corps et un coussinet.

4° Le volume des kystes ovariques a empêché M. Récamier de leur appliquer le procédé qu'il a employé depuis longtemps avec succès dans les kystes hydatiques : ce procédé consiste à ouvrir le kyste avec de la potasse caustique appliquée à diverses reprises, de manière à produire l'adhérence du péritoine avec le kyste, avant d'ouvrir ce dernier.

5° Lorsque, après avoir vidé un kyste ovarique uniloculaire par une ponction sur la ligne blanche, on constatera qu'il est libre dans l'abdomen, pourra-t-on tenter le procédé de Ledran en agrandissant l'ouverture sur la canule? ou bien, si on le trouve libre, pourra-t-on en tenter l'ablation en le tirant peu à peu au dehors, et faisant la torsion des vaisseaux de son pédicule à mesure qu'on les coupera? Si on réfléchit que dans la plupart des kystes *uniloculaires* le pédicule est très-mince, on s'effraiera peut-être moins d'une ablation, qui, dit-on, a été faite avec succès en Angleterre.

Recherches et expériences par MM. d'Arcet et Petit, sur les qualités chimiques du lait, dans leurs rapports avec la santé des enfants et le choix des nourrices.

Frappé de la divergence d'opinions qui existait entre les chimistes, pour savoir lequel des deux était le meilleur, ou d'un lait alcalin, ou d'un lait acide, M. d'Arcet s'est livré à l'examen du lait d'un grand nombre de vaches vivant dans des conditions différentes, et il est parvenu à reconnaître qu'en général celles qui vivaient renfermées dans les étables, comme cela se pratique à Paris, donnaient presque toujours du lait acide ou très-peu alcalin, tandis que celles qui vivaient en plein air et dans de bons pâturages fournissaient ordinairement du lait ayant une alcalinité très-prononcée. Ces expériences que M. d'Arcet avait commencées à Paris, il les répéta dans les belles fermes de Wevelghem, et reçut la confirmation de ce qu'il avait annoncé.

De ces observations, M. d'Arcet avait conclu que, puisque les vaches qui vivaient dans les conditions les plus naturelles, c'est-à-dire en plein air et sur de bons pâturages, donnaient toujours du lait alcalin, c'était celui-là qu'on devait regarder comme étant de bonne nature. Il présuma qu'on pouvait corriger le lait acide, améliorer sa qualité en le rendant alcalin par l'addition d'un peu de bicarbonate de soude, et que ce sel serait même un moyen de conserver le lait alcalin, en retardant le moment de son passage à l'état acide. Loin d'avoir aucun inconvénient, cette addition de bicarbonate de soude favorise la digestion du lait ; c'est encore un moyen dont on peut se servir dans les ménages avec un plein succès, lorsqu'en faisant bouillir du lait, il vient à tourner : il suffit alors d'y ajouter une certaine quantité de ce sel pour le ramener à son état naturel, et pouvoir le prendre ensuite tout aussi bien que s'il n'avait pas tourné.

Quelle influence exercent sur l'enfant un lait acide et un lait alcalin? Lorsqu'un enfant a une nourrice dont le lait est acide, il vomit presque immédiatement après avoir teté, et de là de graves inconvénients pour la nourrice et pour l'enfant : pour la nourrice qui, sans cesse occupée de donner le sein à l'enfant, est obligée de se priver de sommeil; les seins, en outre, constamment excités par la succion de l'enfant, deviennent très-souvent malades ; pour l'enfant, qui éprouve des vomissements,

des coliques, de la diarrhée, et qui, en un mot, dépérissant tous les jours à la suite de cette mauvaise alimentation ne tarde pas de succomber. Lorsqu'au contraire la nourrice fournit du lait alcalin, les enfants ne le vomissent presque jamais, et le digèrent parfaitement. De là le précepte non-seulement de s'en tenir à la couleur et à la consistance du lait des nourrices, mais encore de s'assurer, au moyen du papier de tournésol, de l'acidité et de l'alcalinité de leur lait.

Dans les cas où l'on aurait une nourrice qui n'aurait pas d'autre inconvénient que d'avoir du lait acide, et à laquelle on tiendrait d'ailleurs sous d'autres rapports, on pourrait aisément donner au lait la qualité qui lui manque: il suffirait pour cela de défendre à la nourrice l'usage des acides, d'ajouter à sa boisson ordinaire une certaine quantité de bicarbonate de soude, un demi-gros à un gros par pinte, ou de lui faire prendre quelques verres d'eau de Vichy chaque jour; bientôt alors son lait devient alcalin, et l'enfant que l'on voyait dépérir ne tarde pas à recouvrer toutes les fleurs de sa santé.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance extraordinaire du 18 mai.)

Fin de la discussion sur les nerfs.

M. Blandin, avant de répondre aux objections de M. Gerdy, croit devoir soumettre à l'observation une pièce d'anatomie pathologique provenant d'une femme blessée, dans la journée du 12 mai, par un coup de feu qui traversa la colonne vertébrale de droite à gauche, au niveau de la dixième vertèbre dorsale. La malade survécut vingt-quatre heures, et présenta, entre autres symptômes, l'abolition complète du mouvement dans les extrémités inférieures, d'une simple diminution de la sensibilité, car les pincements déterminaient de la douleur. On diagnostiqua une lésion de la moelle à sa partie inférieure plus en avant qu'en arrière, ce qu'on put vérifier à l'autopsie. Le ligament vertébral antérieur soulevé comprimait la partie correspondante de la moelle, qui est du reste fort peu altérée.

M. Blandin ne croit pas qu'on ait suffisamment combattu les preuves tirées du développement proportionnel des racines antérieures et postérieures des nerfs en rapport avec le degré d'énergie du mouvement et du sentiment. Cependant il reconnaît avec plaisir que M. Gerdy, qui a été si exclusif au commencement, arrive à faire des concessions : son opinion est sensiblement modifiée; il voudrait que les preuves fournies pour un des nerfs vertébraux le fussent également pour tous; mais s'il y a identité de structure, pourquoi ne pas admettre une identité de fonctions? Les faits de M. Bellingeri, invoqués par M. Gerdy, ne parlent pas dans le même sens que ceux de M. Magendie; qu'importe? est-ce une raison pour rejeter ces derniers? Quant à l'opinion du physiologiste français, elle est plus exclusive, plus tranchée que jamais: si au début de ses expériences sur le système nerveux les résultats avaient quelque chose de douteux et d'obscur, il n'en est plus de même actuellement. la distinction s'y trouve établie d'une manière évidente; aussi sommes-nous bien loin en avant de Galien, qui n'avait fait qu'entrevoir cette vérité sans l'appuyer sur des preuves suffisantes; et l'anatomie normale et l'anatomie comparée, l'observation clinique, les vivisections, etc.; tout se réunit pour nous faire regarder maintenant la question comme jugée.

M. Gerdy, dans sa réplique à M. Blandin, reproduit en grande partie les idées qu'il avait précédemment exposées; il regarde comme toute naturelle, inévitable même, l'extension qu'a prise la question; il répète qu'il n'a pas de système, quoi qu'on en puisse dire; qu'il tient compte de tous les faits; et, comme il s'en trouve de contradictoires, on ne doit pas forcer un rapprochement impossible pour satisfaire aux exigences d'une opinion préconçue. Son opinion demeure la même; il ne croit pas du tout qu'on puisse assigner d'une manière positive des fonctions sensitives à un ordre de nerfs, et des fonctions motrices à un autre; cela ne saurait être admis, surtout pour les nerfs vertébraux.

Plusieurs orateurs inscrits s'abstenant de prendre la parole, la discussion est terminée.

M. Dalmas met sous les yeux de l'Académie une altération remarquable de la veine-porte, existant chez un malade mort de cancer de l'estomac; plusieurs vaisseaux, partant des points malades, renferment de la matière cancéreuse demi-liquide. Le tronc de la veine-porte est rempli d'une matière rougeâtre, concrète, plus molle en quelques points, et paraissant de nature cancéreuse. Le malade n'a pas été affecté d'ascite.

(Séance du 21 mai.)

Du croup et de la trachéotomie.

M. Bricheteau fait un rapport sur un travail de M. Gendron, ayant pour titre: *Nouvelles observations sur l'angine couenneuse laryngée et sur la trachéotomie.* Un certain nombre d'épidémies de croup, survenues depuis quelques années dans les départements qui composent l'ancienne Touraine, ont donné lieu à un médecin distingué de ce pays, M. Bretonneau, de faire, sur cette affection, de nouvelles recherches, et de pratiquer un certain nombre de fois la trachéotomie. M. Gendron, qui a eu plusieurs fois l'occasion d'observer la maladie, et de l'étudier convenablement, rapporte dans le mémoire dont il s'agit une observation de trachéotomie exécutée chez un enfant de trois ans, qui succomba le onzième jour de l'opération à une phthisie pulmonaire.

M. le rapporteur passe en revue les diverses phases qu'a dû traverser la trachéotomie avant de prendre décidément place dans le domaine de la science. Il montre que si beaucoup d'auteurs en ont parlé dans les cas d'angine grave, c'est à Stoll qu'appartient la gloire d'en avoir formulé l'indication pour certaines angines non gangréneuses; en ayant soin de faire remarquer toutefois qu'il fallait dans ces cas porter un pronostic fâcheux. Malgré les discussions qui se soulevèrent plus tard, malgré la proscription qui l'avait en quelque sorte frappée au commencement de ce siècle, M. Bretonneau osa la pratiquer, et malheureusement deux fois de suite sans succès. Bientôt il réussit chez un troisième malade, et maintenant il compte quatre succès sur quatorze opérations. Plusieurs chirurgiens furent aussi heureux en Angleterre, et MM. Trousseau et Gerdy comptent en France un certain nombre de succès. D'après les faits qui sont maintenant publiés, on peut regarder la trachéotomie comme devant être heureuse presque une fois sur

trois (dix-huit sur soixante). On ne saurait non plus douter qu'elle n'ait été faite trop tard, et que de telles temporisations n'aient très-souvent compromis un succès qu'on avait tout lieu d'espérer.

Le mémoire de M. Gendron renferme d'autres observations qui démontrent l'efficacité de la cautérisation dans l'angine couenneuse. On sait que ce praticien est un de ceux qui ont le plus contribué à propager cette utile médication, dont l'efficacité se vérifie chaque jour. L'acide hydrochlorique, mêlé avec le miel dans certaines proportions, est le collutoire auquel il donne la préférence.

M. Bricheteau propose d'insérer, par extrait, dans les bulletins de l'Académie, le mémoire de M. Gendron, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats pour le titre de membre correspondant.

M. Gerdy adopte complétement l'opinion de M. Gendron sur l'utilité de la trachéotomie; les résultats favorables qu'il en a obtenus parlent bien haut en sa faveur; il en est de même du succès de M. Guersant, et du grand nombre de guérisons obtenues par M. Trousseau, qui a réussi une fois sur quatre dans plus de quatre-vingts opérations.

A propos du Manuel opératoire, M. Gerdy fait remarquer qu'un point fort essentiel et longtemps méconnu consiste dans l'ouverture tardive du conduit aérien : Après que le sang a été convenablement étanché, on coupe lentement; puis, quand le sang ne coule plus, on profite du moment où le malade fait une inspiration pour ouvrir largement la trachée; de cette manière on évite l'introduction du sang, qui ne se fait jamais sans déterminer de la toux, un accès de suffocation; tout se termine sans orage.

M. Velpeau fait observer qu'il est une précaution importante à prendre, et dont on ne doit jamais se départir, quoi qu'on ne lui ait pas assigné toute la valeur qu'elle mérite: c'est de faire à la trachée une ouverture suffisamment large, et d'y laisser une canule d'un diamètre proportionné. Cette canule doit avoir une ouverture bien plus grande que celle dont on se servait autrefois.

M. Blandin adopte complétement les idées de MM. Gerdy et Velpeau.

M. Gerdy n'est pas d'avis de cautériser fortement la muqueuse laryngo-trachéale après l'incision; il a renoncé à l'emploi de la forte solution de nitrate d'argent, qui aurait produit plusieurs fois, et notamment dans un cas qui lui a été communiqué par un jeune chirurgien, des accidents inflammatoires mortels. Aussi ne se sert-il presque plus de la cautérisation proprement dite, mais bien d'une solution analogue à celle que l'on emploie pour les ophthalmies

Les conclusions du rapport sont adoptées.

(Séance du 28 mai.)

Observations de rage chez l'homme.

M. F. Dubois fait, au nom de MM. Chervin, Londe et au sien, un rapport sur un mémoire intitulé : *Relation de plusieurs cas d'hydrophobie, suivie de réflexions*, par M. Demeaunyk, de Bourbourg (Pas-de-Calais). Trois individus furent mordus, le même jour, par un chien enragé. Ils ne consultèrent pas de médecin, et ne furent pas cautérisés. Mais l'un d'eux fut saigné. Les autres prirent divers spécifiques en honneur dans le pays. Les blessures présentaient un bel aspect, elles étaient en voie de cicatrisation; le moral était excellent; on regardait ces malheureux comme hors de danger. Le médecin conservait cependant de justes inquiétudes. L'un d'eux fut pris des symptômes de la rage trente-deux jours après avoir été mordu, et mourut en quarante-deux heures. Le second tomba malade cinquante-quatre jours après l'accident, et mourut rapidement aussi. Le troisième, enfin, ne fut pris de la rage qu'au bout de trois mois; il expira en moins de vingt-quatre heures.

Dans les réflexions qui suivent, l'auteur se plaint des règlements de police qui ont rapport aux chiens, et dont l'exécution est souvent plus capable de déterminer des accidents que de les prévenir. Il propose des mesures préventives qui auraient surtout pour but de limiter le nombre des chiens; de faire un recensement général; de laisser la liberté d'élever des chiens de ferme et de berger; de mettre des impôts sur les chiens de luxe, et de priver impitoyablement les pauvres de leurs chiens.... Viennent ensuite les charlatans, dont l'auteur signale les inconvénients et les abus.

M. le rapporteur termine en proposant : 1° le dépôt aux archives; 2° d'adresser des remercîments à l'auteur. Les conclusions du rapport sont adoptées.

Introduction de l'air dans les veines.

M. Amussat communique à l'Académie deux observations qui lui ont été adressées par M. Mayor, de Lausanne, relativement à des accidents graves produits par l'introduction de l'air dans les veines.

La première a pour sujet une femme, âgée de trente-huit ans, qui portait à la partie latérale droite du cou une tumeur volumineuse, dont on eut beaucoup de peine à pratiquer l'ablation. La dissection des parties fut longue et minutieuse, et faite avec les plus grandes précautions : au dernier coup de bistouri, un bruit terrible fut entendu; la femme perd connaissance et ne respire plus. M. Mayor pense de suite à l'introduction de l'air dans une veine, et porte immédiatement le pouce sur la plaie et la comprime, tandis qu'on fait arriver de l'air frais, en grande quantité, dans l'appartement, et s'efforce de produire une respiration artificielle en exerçant, à plusieurs reprises, des pressions saccadées sur la paroi inférieure du thorax.

La malade revient peu à peu à elle-même; le pouce est remplacé par une éponge maintenue sur la plaie pendant trois jours; les côtes furent tenues serrées par un bandage de corps. La plaie ne tarda pas à suppurer, et la cicatrisation fut aussi rapide qu'on pouvait l'espérer à la suite d'une opération aussi grave : aujourd'hui la malade est complétement guérie.

Dans la deuxième observation les accidents furent promptement mortels, et se manifestèrent chez un homme qui s'était coupé la gorge avec un rasoir. Le cou était largement incisé transversalement dans la région sus-hyoïdienne. Pendant qu'on fait les préparatifs pour le pansement, le malade, par un mouvement brusque, porte la tête en arrière; il fait une profonde respiration; un bruit de glouglou se fait entendre: à l'instant même il cesse de respirer; il était mort.

A l'examen du cœur on s'aperçut que, placé dans un vase rempli d'eau, il restait à la surface. A l'incision des cavités droites et des cavités gauches, des bulles d'air se dégagèrent. Une fois les cavités ouvertes, il ne surnagea plus. Cet air fut analysé, on lui reconnut toutes les propriétés de l'air atmosphérique.

Ces deux faits trouvent peu de partisans dans le sein de l'Académie, et sont récusés par MM. Bouillaud, Roux, Moreau, Blandin, Rochoux, Baudelocque, etc.

(Séance du 4 juin.)

Déchirure centrale du périnée.

M. Capuron lit, au nom de M. Lebreton et au sien, un rapport sur une observation de sortie du

fœtus à travers une déchirure centrale du périnée, adressé à l'Académie par M. Musod, médecin à Cômé, près de Péronne.

Une femme de stature moyenne, d'embonpoint médiocre, et d'assez bonne constitution, accoucha heureusement, il y a six ans, par les seuls efforts de la nature, d'un enfant assez bien développé. Il ne se fit pas alors la moindre déchirure au périnée.

Une nouvelle grossesse était à sa fin en septembre 1838. Les douleurs s'établirent, le travail marchait rapidement; la tête paraissait volumineuse, les parties molles très-rigides se laissaient distendre très-facilement. Le médecin craignant la déchirure du périnée, fit modérer les efforts expulsifs en même temps qu'il soutenait les parties molles. Les douleurs s'arrêtent un instant, puis reviennent subitement. La main est de nouveau portée vers le périnée pour le soutenir. Mais avant qu'elle y arrive on entend un bruit sourd comme si une résistance venait d'être vaincue. Au moment où il approchait la main, le médecin sent glisser sur sa face postérieure le corps du fœtus. Celui-ci fut expulsé avec tant de force, qu'il serait allé frapper le plancher sans la brièveté du cordon, par lequel il fut retenu. Ce dernier ne fut pas coupé sur-le-champ. On crut un instant que l'enfant était sorti par les voies naturelles; mais en examinant de plus près, on vit que le périnée avait été déchiré, que la plaie ressemblait assez bien à une croix de Malte ou à une étoile, deux angles se trouvant, l'un en avant, derrière la fourchette, l'autre en arrière, au-devant de l'anus, sans que la section fût complète ni en avant ni en arrière; les deux autres étaient latéraux; les quatre déchirures venaient se réunir au centre du périnée : le placenta ne tarda pas à sortir par la même voie. On lava soigneusement cette solution de continuité; quatre points de suture entortillée réunirent chaque portion de la plaie; un cinquième fut placé au centre de l'ouverture. Un mois après cette vaste plaie était entièrement cicatrisée, tout était rentré dans l'état normal. Pendant quelque temps les selles furent involontaires; mais cet inconvénient cessa à mesure que la cicatrice gagnait vers les fibres les plus excentriques du sphincter qui avaient été déchirées.

(Séance du 11 juin.)

Nouveau mode de cautérisation pour les rétrécissements de l'urètre.

M. Ségalas fait, au nom de M. Gimelle et au sien, un rapport sur un nouveau procédé pour la cautérisation des rétrécissements de l'urètre, proposé par M. le docteur Berton. Il s'agit de remplacer le cautère potentiel par le cautère actuel. Rien n'est changé dans les procédés explorateurs ni dans le traitement consécutif. Une fois le rétrécissement reconnu, sa position, son étendue, sa forme appréciées, on introduirait dans le canal de l'urètre une sonde creuse appelée *porte-cautère* renfermant une éponge de platine qu'on ferait rougir à volonté par un courant de gaz hydrogène fourni par une vessie adaptée à l'extrémité qui reste au dehors munie d'un pavillon. Par suite de l'action du gaz sur l'éponge métallique, il y a une production de chaleur qu'on active à volonté; une fois la cautérisation faite, l'auteur veut qu'on introduise des corps dilatables, pour maintenir écartées les parois de l'urètre. Du reste, il n'a pas encore employé ce moyen sur le vivant, et n'indique pas spécialement les cas dans lesquels ce moyen lui semblerait convenir. D'une manière générale, il pense que toutes les fois que les caustiques ordinaires peuvent être utiles, lorsqu'il s'agit de rétrécissements variqueux, etc., on trouvera de l'avantage à employer cette sorte de cautérisation.

La commission pense que ce moyen ingénieux ne doit pas être considéré autrement que comme un objet de curiosité; elle propose d'adresser des remercîments à son auteur, et de déposer le travail aux archives de l'Académie.

M. Blandin dit qu'on fait tous les jours un pas vers l'abandon de la cautérisation dans les rétrécissements de l'urètre. On ne doit plus considérer cette méthode que comme un moyen accessoire, utile surtout pour faire un traitement complémentaire dirigé contre l'irritation qu'aura développée la dilatation, destiné à combattre les fongosités de la muqueuse urétrale.

Quant aux rétrécissements variqueux dont a parlé M. Berton, M. Blandin ne saurait les admettre, et ne connaît pas d'observation qui démontre positivement leur existence.

M. Velpeau s'élève contre la cautérisation, et fait l'apologie du nitrate d'argent, qu'il ne regarde pas comme un caustique, et qui est un puissant modificateur des surfaces enflammées superficiellement.

M. Amussat dit que, lorsqu'il y a une simple bride, c'est le cas de scarifier en se servant d'un instrument qui ne soit pas trop tranchant, et en faisant grande attention à ne pas aller trop profondément. Quant aux rétrécissements fort étendus, comprenant les tissus sous-muqueux et sous-cutanés, même accompagnés d'induration profonde, il faut cautériser, non pour détruire la virole qui rétrécit le canal de l'urètre, mais pour modifier cet état d'induration et pour en amener la résolution.

M. Gerdy n'est pas de l'opinion de M. Velpeau sur la manière d'agir de la cautérisation. On obtient souvent de véritables escarres, et par suite des pertes de substance, sans que la cicatrice qui en résulte ramène le rétrécissement.

VARIÉTÉS.

Un des directeurs de ce Journal, M. Trousseau, a été nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, à la suite du concours que nous avons annoncé. Les voix au scrutin ont été répartis de la manière suivante :

Premier tour : M. Guérard 4 voix; M. Requin 3; M. Trousseau 3; M. Cazenave 1.

Deuxième tour : M. Trousseau 5; M. Guérard 4; M. Requin 2.

Troisième tour : M. Trousseau 7; M. Guérard 4.

Au premier tour M. Trousseau a eu les voix de MM. Bérard, Pelletan, Quéneau de Mussy; M. Guérard celles de MM. Andral, Dumas, Mérat et Loiseleur; M. Requin celles de MM. Orfila, Cloquet, Emery. M. Cazenave celle de M. Bouillaud.

Au deuxième tour, M. Guérard a conservé ses 4 voix; M. Trousseau a acquis celles de MM. Bouillaud et Emery.

Au troisième tour, M. Trousseau a acquis les voix de MM. Orfila et Cloquet, et M. Guérard est resté avec celles qu'il avait obtenues primitivement.

On sait que le jury était composé de la manière suivante :

Pour la faculté. MM. Orfila, Bérard, Pelletan, Cloquet, Bouillaud, Dumas, Andral.

Pour l'académie de médecine: MM, Emery, Quéneau de Mussy, Mérat et Loiseleur Deslonchamps.

Un concours pour le grade de médecin-adjoint des hôpitaux militaires s'est ouvert au commencement de ce mois au Val-de-Grâce; les épreuves viennent de finir. M. Caseneuve, chirurgien aide-major a obtenu la première place.

L'eau du port de carénage de Marseille a pris depuis quelques jours un aspect singulier : d'un rouge violet en certains endroits, elle est en d'autres d'un rouge vif. Cette couleur paraît exister surtout à la surface; elle est due à des corps en suspension, mais non dissous. Cela est facile à apercevoir lorsqu'on agite légèrement la surface, car la couleur uniforme qu'elle avait est détruite çà et là, et l'eau devient comme nuageuse.

Ces particularités ne pouvaient manquer d'exciter la curiosité des membres de la commission chargée d'étudier les causes de l'insalubrité du port de Marseille.

Deux membres de cette commission, qui depuis trois mois s'occupent sans relâche de l'étude des questions chimiques, dont la solution doit éclairer la question principale, ont examiné cette eau et en ont commencé l'étude.

Ces particules rougeâtres se séparent complétement de l'eau par la filtration, et après cette opération le liquide est limpide et incolore. Ces corpuscules eux-mêmes sont des animalcules qui semblent appartenir à la classe des crustacés.

Observés au microscope sous un grossissement de cent cinquante diamètres, ce qui donne un agrandissement en surface égal à vingt-deux mille cinq cents fois leur grandeur naturelle, ces petits animaux ont la grosseur d'une tête d'épingle à toilette; ils se meuvent par secousses si brusques et si rapides, que le mécanisme de cette locomotion échappe d'abord à l'œil. Au bout de quelques minutes, lorsque la gouttelette d'eau dans laquelle on les observe est en partie évaporée, la proportion des substances salines étant peut-être trop grande pour ces frêles organisations, les mouvements deviennent moins vifs, languissent, et l'œil peut en analyser le mécanisme. Ces petits êtres nagent alors sur le flanc; courbés en arc à leur partie postérieure, ils se lancent en avant par le redressement subit de cette portion courbe.

La partie antérieure du corps est munie, du côté qui regarde la concavité de la courbure, de prolongements filiformes qui ressemblent à des tentacules et à des pattes. D'après cette description, dont une étude attentive, faite avec de meilleurs instruments, nous apprendra la valeur, on pourrait croire que ces animalcules sont les analogues de ceux qui donnent la couleur rouge observée dans les marais salants et qui ont été déterminés par plusieurs naturalistes.

Le soin avec lequel la commission s'occupe ainsi de l'étude de choses minutieuses en apparence, doit nous faire présumer qu'elle n'apporte pas moins de zèle à l'étude des choses importantes, et que son rapport, précieux (nous l'espérons) pour la cité, sera remarquable par les questions industrielles et scientifiques qui y seront traités. (*Sud.*)

Un chat enragé a mordu deux hommes habitant la commune de Horsarieu. L'un d'eux, au visage duquel il s'était cramponné, a eu un œil entièrement mis hors de son orbite, et l'autre fort endommagé. De prompts secours lui ont été apportés, et ce n'est pas sans peine qu'on est parvenu à détacher l'animal, dont les griffes étaient entrées profondément dans la chair. On a cautérisé avec un fer rouge toutes les parties mordues, pour n'avoir à redouter aucune atteinte d'hydrophobie. La veille, on avait tué deux chiens enragés dans la même commune.

IV. ANATOMIE.

PLANCHE PREMIÈRE DE L'ATLAS.

Cette planche ne renferme qu'un dessin représentant un anévrisme de l'artère thoracique.

a. Aorte thoracique dépouillée de sa plèvre et de sa tunique celluleuse. — Par cette dissection, on a mis la tunique fibreuse à découvert.
bb. Paroi postérieure de l'aorte thoracique, devenue rugueuse, molle, et parsemée de petites concrétions stéatomato-osseuses.
cc. Rupture de la paroi postérieure de l'aorte thoracique.
d. Destruction du corps d'une des vertèbres dorsales inférieures.
e. Substance concenneuse contenue dans le sac anévrismal.
ff. Sac anévrismal recouvert antérieurement par la plèvre.
gg Sac anévrismal, formé par le tissu cellulaire extérieur de la plèvre.
h. Rupture du sac anévrismal.
ii. Enveloppe de l'aorte thoracique, formée par la plèvre et son tissu cellulaire.
k. Tunique celluleuse de l'aorte thoracique, convertie en sac anévrismal.
l. Artère céliaque.
m. Artère mésentérique supérieure.
n. Artère émulgente droite.
o. Artère mésentérique inférieure.

PLANCHE DEUXIÈME.

Cette planche renferme cinq dessins.

Figure III.

Artère fémorale avec quatre dilatations anévrismales, depuis l'aine jusqu'au dessous du jarret.

1. Anévrisme inguinal.
x. La veine qui accompagnait l'artère.
j. Grosse artère qui naissait de la fémorale immédiatement au-dessous de l'anévrisme.
2. Anévrisme fémoral, situé dans le point de l'artère fémorale, où elle se cache entre les muscles de la cuisse.
3. Autre petit anévrisme.
4. Portion du sac d'un grand anévrisme poplité qui se rompit.

Figure IV.

Dégénérescence de l'artère fémorale.

AA. Enveloppe membraneuse extérieure de l'artère fémorale.
BB. Tunique fibreuse de l'artère.
C. Tunique intérieure épaissie, dans un état de dégénération stéatomateuse, et formant une tumeur, que l'on prit pendant la vie pour un anévrisme vrai.

D. Artère fémorale.
F. Suite de la même artère.

Figure v.

AA. Le même artère dépouillée de sa tunique fibreuse.
BB. Epaississement stéatomateux de la tunique intérieure de l'artère, formant la tumeur qui fut prise pour un anévrisme vrai.
C. Suite du tube de l'artère fémorale.

Figure vii.

Anévrisme de l'artère fémorale.
AA. L'artère fémorale n'ayant que son diamètre naturel et ouverte suivant sa longueur.
b. Le nerf qui l'accompagnait.
ccc. La veine qui marchait avec l'artère.
D. La tunique interne de l'artère rompue.
E. Le siége du second anévrisme, avec destruction de toutes les tuniques propres de l'artère.
F. Autre point de destruction de tuniques propres de l'artère.
ee. Espèce de cloison ou de valvule, placée entre les deux points d'altération de l'artère.
f. Fragments renversés des tuniques propres de l'artère détruite.
d. Point où, la membrane interne ayant été détruite, on voyait à nu les faisceaux de la tunique fibreuse.
cc. L'enveloppe celluleuse extérieure de l'artère.
aa. Commencement du premier anévrisme, où l'on voit la membrane interne déchirée et comme désorganisée par un caustique.
bb. Lambeaux frangés de l'artère fémorale déchirée et comme corrodée.

PLANCHE TROISIÈME.

Cette planche ne renferme qu'une seule figure, représentant un anévrisme de l'aorte thoracique.

a. Aorte thoracique, vue par sa face postérieure, depouillée de sa tunique celluleuse, et présentant sa tunique fibreuse.
b. c. Artère émulgente.
d. d. d. La portion de plèvre qui couvre la face antérieure de l'aorte thoracique.
e. e. e. Le tissu cellulaire extérieur de la plèvre enveloppant l'aorte thoracique, et fort engorgé.
f. f. f. f. f. Le même tissu cellulaire, converti en sac anévrismal.
g. g. Rupture de la paroi postérieure de l'orte thoracique. Sur les bords de cette rupture, on voit finir les couches de la tunique fibreuse de l'artère.

—

PLANCHE QUATRIÈME.

Figure i.

A. Portion supérieure de l'artère iliaque externe.
B. Portion inférieure de la même artère.
c. c. c. Circonférence de la tumeur qui fut regardée comme anévrismatique, mais qui n'était réellement que stéatomateuse.
d. d. d. Fragments de la tumeur rompue.
e. e. Etendue de la rupture et de la substance stéatomateuse elle-même, qui constituait la tumeur.

Figure ii.

a. a. La portion de l'artère humérale gauche qui correspond au pli du coude.
b. Petite tumeur, de couleur brune, située à la partie externe et postérieure de l'artère humérale, de la grosseur d'une aveline, enveloppée et fixée sur l'artère par le tissu cellulaire qui entourait cette dernière.
c. c. Portion du tissu cellulaire qui formait une sorte de gaîne à l'artère.
d. Artère cubitale.
e. Artère radiale.
f. Artère récurrente radiale.

Figure iii.

a. a. Artère humérale ouverte longitudinalement par sa face antérieure.
b. La petite tumeur fixée sur l'artère.
c. Cicatrice de la membrane interne de l'artère.
d. Artère cubitale.
e. Artère radiale.
f. Artère récurrente radiale.

Figure iv.

a. a. Artère humérale.
b. b. Portion de la gaîne celluleuse de cette artère.
c. c. Petit sac formé par le tissu cellulaire extérieur de l'artère, épaissi, consistant, et en tout semblable à un sac anévrismal.
d. Petite excavation répondant au lieu de la blessure faite par la lancette, dont le fond était fermé par une substance moitié cartilagineuse, moitié terreuse.
e. Artère cubitale.
f. Artère radiale.
g. Artère récurrente radiale.

Figure v.

Vue de l'extérieur de l'anévrisme, occupant un espace de trois pouces dans la longueur de l'artère. Dans cette préparation l'artère à été dépouillée de tout le tissu cellulaire lâche environnant. La surface est formée par la couche de tissu cellulaire dense, qui servait d'enveloppe immédiate au vaisseau. La pièce a été renversée.

1. Extrémité supérieure de l'artère.
2. Extrémité inférieure.
3. 3. 3. 3. 3. Cinq tumeurs, dont trois disposées en mamelon, formées par l'enveloppe celluleuse de l'artère. Cette membrane était soulevée par des épanchements de sang solidifié et réduit presque à sa partie fibrineuse.
4. 4. 4. Plusieurs petits points d'ulcération intéressant toute l'épaisseur du kyste celluleux et au fond desquels on voit la masse fibrineuse résultante des épanchements sanguins.

Figure VI.

Vue intérieure du point anévrismatique de l'artère. Le vaisseau a été ouvert par sa paroi externe, où l'altération paraissait moins avancée.

1. Extrémité correspondante à la partie supérieure de l'artère fémorale.
2. Extrémité correspondante à l'artère poplitée.
3. 3. 3. 3. 3. Points correspondants aux tumeurs extérieures, et où l'on voit des ulcérations de la membrane interne et de la fibreuse de l'artère.
4. Point de la plus grande ulcération, où l'on voyait un éraillement manifeste de la tunique fibreuse, dans le sens de la direction de ses fibres.
5. Autre ulcération fort étendue, où la destruction de le membrane fibreuse était plus avancée que celle de la membrane interne, et où l'on voyait flotter des lambeaux de cette dernière.
6. Autre ulcération qui n'intéressait que la membrane interne.
7. 7. 7. 7. 7. 7. Points jaunâtres, blanchâtres ou gris, dont les uns contenaient une matière purulente, d'autres une matière pulpeuse jaune, d'autres des concrétions osseuses. Dans chacun de ces points, la membrane interne était intacte, mais isolée, facile à déchirer, et recouvrait les points d'ulcération correspondants de la membrane fibreuse.
8. 8. 8. 8. 8. Membrane cellulaire extérieure, épaissie, fort dense, et séparée dans plusieurs points de la membrane fibreuse, par autant d'épanchements sanguins.
a. a. a. a. a. Rides très-sensibles de la membrane interne, soulevée par les faisceaux épaissis, et comme séparés de la tunique fibreuse. Ce phénomène était très-sensible, même dans les portions voisines du vaisseau, où il paraissait encore sain, mais où ses parois étaient manifestement épaissies.
9. 9. Coupe de la membrane fibreuse, dont l'épaisseur était considérablement augmentée, sans que sa texture fût totalement dénaturée.
10. 10. Direction prolongée de l'axe de l'artère dans ses deux extrémités. En tenant compte des principales ulcérations, et des épanchements les plus considérables qui leur correspondaient on voit que la double inflexion en sens contraire, que l'axe de l'artère à subie a dû dépendre de ces deux premiers phénomènes. On voit aussi que ce point de l'artère a dû subir un allongement assez considérable, et que la maladie a dû occuper, dans le principe, un espace moindre qu'il ne paraissait à la mort du sujet. C'est pour cette raison, sans doute, que l'on n'a pu découvrir l'origine d'aucune branche ni du plus petit rameau, dans toute cette étendue de l'artère.

Figure VII.

Dissection de la plus volumineuse des tumeurs extérieures, correspondant à l'ulcération 5, *fig. XIV*.

Les membranes interne et fibreuse ayant été saisies ensemble avec des pinces à disséquer, sur le bord de la croupe, où elles étaient bien distinctes de la tunique celluleuse, elles se sont séparées de cette dernière sans effort; et en les renversant vers l'intériur de l'artère on a, d'une part, isolé le point de leur ulcération, qui les perçait d'outre en outre; de l'autre, on a découvert l'intérieur de la tumeur correspondante.

a. a. Enveloppe de la tunique celluleuse de l'artère, dont une partie était appliquée sur la face externe de la membrane fibreuse, et présentait là un grand nombre de point d'ulcération.
b. Grande excavation pratiquée dans cette même enveloppe celluleuse, et remplie, partie de fibrine très-consistante, partie de sang coagulé et moins altéré. On voit dans le fond plusieurs ulcérations, dont quelques-unes percent d'outre en outre le kyste.
c. c. Excavations moindres, formant à l'extérieur des reliefs moins sensibles, et cachées par la tumeur principale. Ces excavations étaient remplies par de la fibrine très-dure.
d. d. Deux masses de fibrine très-solide, dont l'une occupait une des petites excavations; l'autre faisait partie de l'épanchement qui occupait la grande cavité. Ces deux masses étaient continues.
e. Point de la continuité des deux masses, où elles se sont divisées en partie pendant la dissection.
f. Masse sanguine qui occupait la grande excavation, et dont l'organisation fibrineuse est moins avancée.
g. L'extrémité supérieure de cette masse, où l'on ne distinguait plus que la texture d'un caillot de sang assez frais.

Figure VIII.

a. a. Coagulum sanguin, couenneux, qui occupait l'intérieur de la tumeur, ou du petit sac qui la constituait. (*Fig, VIII*, b., *fig. X*. c. c.)
b. b. Ce coagulum, divisé par son centre, pa-

rut être formé de couches concentriques de *crassamentum*, et de la fibrine du sang. Cette dernière, distincte du reste par sa couleur blanchâtre, se terminait par un prolongement aigu, lequel remplissait l'espace formé par la lame de lancette.

PLANCHE CINQUIÈME.

Figure I.

a. Extrémité supérieure du tibia.
b. Portion du corps du tibia, détaché du reste de l'os, et un peu inclinée en dehors.
e. Péroné.
d. d. Sac anévrismal, formé par le périoste du tibia, épaissi.
e. e. Epaisseur du sac anévrismal.
f. f. f. f. Vaisseaux artériels du périoste du tibia, dilatés.
g.g. Orifices des vaisseaux dilatés du périoste (f. f. f.), ouverts dans l'intérieur du sac, et par lesquels la cire injectée s'était épanchée dans la cavité de ce dernier.
b. Veine poplitée.

Figure II.

a. Anévrisme fémoral, situé au tiers inférieur de la cuisse, près du passage de l'artère fémorale dans le jarret.
b. Anévrisme poplité.
c. Artère fémorale superficielle.
d. Portion de l'artère poplitée entre les deux anévrismes.
e. Suite de l'artère poplitée.
f. f. f. f. Enveloppe celluleuse extérieure de l'artère fémorale et de la poplitée, qui contribuait à la formation de l'un et de l'autre sac anévrismal.
g. g. g. g. Portion de l'artère fémorale et de la poplitée, ayant conservé leur tunique fibreuse. (*Voyez* chap. VI, § 19.)

PLANCHE SIXIÈME ET DERNIÈRE.

a. a. Tibia.
b. b. Péroné.
c. c. Sac anévrismal formé par le périoste du tibia, et vu par la face postérieure de cet os.
d. Lieu où le corps du tibia était totalement séparé de son extrémité supérieure.
e. Artère poplitée.
f. Artère tibiale antérieure.
g. Artère tibiale postérieure.
h. Rameau assez considérable de l'artère tibiale postérieure, qui se répandait dans le périoste, converti en sac anévrismal.
i. Veine poplitée.

Le directeur de service, A. TROUSSEAU.

IMPRIMERIE DE A. EVERAT ET Cᵉ,
rue du Cadran, 14 et 16.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 2. — AOUT 1839.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Considérations nouvelles sur la doctrine hippocratique (2e article.) (1).

2° *Principes de physiologie générale.*

Si l'observation nous fait reconnaître dans l'univers trois sortes de phénomènes, 1o des phénomènes physiques, 2o des phénomènes vitaux, 3o des phénomènes psychologiques, l'induction la plus rigoureuse nous conduit à admettre comme causes de ces phénomènes trois forces générales correspondantes, c'est-à-dire une force physique ou brute, une force vitale ou physiologique, une force spirituelle ou psychologique.

Les êtres par lesquels ces trois forces se phénoménisent sont aussi nécessairement partagés en trois classes, savoir : les êtres inorganiques ou bruts, les êtres organisés ou vivants, l'être intelligent, libre et social. Les corps inorganiques (minéraux) ne manifestent qu'un seul ordre de phénomènes, et n'obéissent par conséquent qu'à une seule force; les êtres organisés (végétaux et animaux), présentant deux sortes de phénomènes, doivent être soumis à l'action de deux forces; et enfin l'homme seul nous offre la réunion des trois espèces de phénomènes, et nécessairement la réunion des trois forces.

La science est aujourd'hui d'accord avec la tradition quand il s'agit de déterminer l'ordre dans lequel ces trois classes d'êtres ont fait leur apparition dans le monde : ainsi les savants sont à peu près unanimes pour affirmer que la nature inorganique a préexisté au règne végétal et au règne animal, et que l'homme est le dernier venu comme habitant de la terre. Dans l'idée d'une création successive, non-seulement cet ordre doit être tel, mais il est impossible de le concevoir autre. En effet avant tout, la matière avec sa force et ses propriétés devait exister, car la matière était destinée à être le support d'une autre force et de propriétés nouvelles, c'est-à-dire à former la base des êtres organisés et vivants, de même que l'organisation et la vie devaient préexister à l'homme afin de servir de moyen de manifestation à la puissance intellectuelle, qui constitue essentiellement le chef-d'œuvre de la création. Telle est la hiérarchie, tel est l'ordre de subordination que l'observation et la logique assignent à l'ensemble des êtres qui composent l'univers.

Dans cette sorte de combinaison il existe un état constant d'antagonisme entre les forces, comme on voit une opposition continuelle entre les phénomènes. Si la vie physiologique est la lutte de la force vitale contre la force brute ou contre les lois de l'univers matériel, la vie morale consiste également dans une lutte de l'intelligence contre la force vitale. De là le fondement du vitalisme en physiologie, comme du spiritualisme en philosophie et en morale; d'une part la réaction de la vie contre la matière; de l'autre la répression des appétits et des instincts, la domination de la volonté sur les sens, de l'esprit sur la chair, c'est-à-dire la doctrine du sacrifice et du dévouement.

Aussi quand Bichat définissait la vie : l'*ensemble des fonctions qui résistent à la mort*, loin de contenir une simple négation ou une

(1) Dans le cahier des *Archives* du mois de juin dernier, un des plus fervents adeptes de la médecine numérique a dirigé contre le docteur Pidoux et contre moi une espèce de *factum* qui, pour les esprits les moins difficiles, laisse beaucoup à désirer sous le triple rapport du savoir, de la bonne foi, et du bon goût. A des accusations vives, mais sérieusement scientifiques, M. Valleix a trouvé très-commode de répondre par des plaisanteries, que n'avouerait pas la presse même la plus légère. Nous ne le suivrons pas sur un pareil terrain; mais, du jour où le champion du numérisme aura assez de foi dans la bonté de sa cause et de respect envers le public pour engager une polémique grave et digne, il peut être sûr de trouver en nous de loyaux adversaires, qui, dans la discussion, sauraient ne pas oublier que la bonne foi doit toujours être sauve. En attendant, nous allons continuer le travail d'exposition, que nous avons entrepris, sans nous préoccuper le moins du monde d'un adversaire dont la critique manque, dans le fond comme dans la forme, de tout caractère scientifique. Mais bientôt, nous l'espérons, le public sera en mesure pour apprécier à sa juste valeur cette secte médicale, qui s'intitule sérieusement *École d'observation*.

naïveté comme on le lui a reproché sans le comprendre, sa définition approchait beaucoup de la vérité. En effet pour le physiologiste la *mort* ne doit pas être comme pour le vulgaire un fait purement négatif, mais ce mot renferme une idée très-réelle, très-positive, car il signifie le triomphe de la force brute sur la force vitale, ou en d'autres termes, le retour à l'empire des lois physiques d'une portion de matière qui avait été momentanément soumise aux lois de la vie.

Cependant malgré cette opposition des phénomènes et malgré cet antagonisme des trois forces de la nature, leur synergie, ou leur action simultanée forme un tout plein d'unité et d'ensemble : fait admirable dont nous avons une éclatante preuve dans la conservation du monde et dans l'harmonie universelle.

Après avoir jeté ce coup d'œil rapide sur le monde qui nous entoure et sur les forces qui le régissent, nous croyons maintenant pouvoir aborder la physiologie générale, et arriver à l'objet direct de notre étude ; *l'homme.*

Qu'est-ce que l'homme ?

M. Bonald répond : *l'homme est une intelligence servie par des organes.* Définition sublime, dit Buisson, qui, en fixant notre première attention sur la plus belle partie de nous-mêmes, explique en un seul mot la raison des phénomènes physiologiques, et la fin naturelle de toute l'organisation.

Cependant notre but étant d'étudier ici l'homme non comme être intelligent, libre et social, mais comme être organisé et vivant, non en qualité de philosophes et de moralistes, mais en qualité de physiologistes et de médecins, nous le décomposerons par la pensée dans sa double nature, et laissant volontairement de côté *l'intelligence*, nous allons le considérer seulement dans ses organes, ou mieux dans son *organisme.*

Or qu'est-ce que l'organisme vivant ?

Selon le père de la médecine, l'organisme présente dans sa composition trois éléments nécessaires : *continentia*, *contenta*, *enormonta* ; c'est-à-dire des parties *solides* faisant office de rouages, des parties *liquides* destinées à alimenter ces rouages, et des *forces* pour les mettre en mouvement.

Cette notion de l'organisme nous offre une analyse pleine de sens et de vérité, mais ce n'est pas une définition réelle. Pour cela, après avoir fait connaître les parties constitutives de la machine et leur rôle respectif, il fallait nous la montrer à l'état d'activité, et indiquer le but qu'elle est destinée à remplir.

En effet si toute science véritable doit nécessairement aboutir à une conclusion pratique, est-il rien de plus naturel et de plus logique que de définir tout objet scientifique par son but et sa fin ? N'est-ce pas d'ailleurs la méthode la plus sûre pour éviter ce qu'on appelle des explications et toutes ces questions stériles de nature ou d'essence, tant agitées dans la science antique, mais proscrites aujourd'hui par la saine philosophie ?

Si, comme nous l'avons vu plus haut, l'apparition de l'homme sur la terre ne devenait logiquement possible qu'en admettant la préexistence de deux autres forces, savoir : la force physique représentée par l'univers matériel, et la force vitale manifestée par le règne végétal et le règne animal, la conservation de l'homme est subordonnée d'une manière aussi nécessaire à l'action préexistante de ces deux mêmes conditions.

Mais il nous importe d'établir ici une grande distinction : c'est que ces deux conditions bien qu'également indispensables au maintien de la vie ne le sont cependant pas au même titre et pour la même raison. En effet si l'homme trouve dans le monde inorganique ses *excitants généraux* (calorique, lumière, électricité, etc.), il faut bien remarquer que la nature organique est seule chargée de lui fournir des matériaux de réparation, ses *aliments* (végétaux et animaux).

Si ces excitants généraux (le calorique avant tout) viennent à manquer, l'organisme perd aussitôt la faculté de s'assimiler ces matériaux alibiles, et aussitôt la vie s'arrête, la vie est impossible : c'est donc commettre une très-grande inexactitude que de dire avec Brown et Broussais :

La vie ne s'entretient que par les stimulants extérieurs, et tout ce qui augmente les phénomènes vitaux est stimulant.

Mais cette proposition doit être remplacée par la suivante :

L'influence des forces de la nature inorganique agissant comme *condition préexistante*, la vie ne se manifeste et ne s'entretient que par l'assimilation des matériaux alibiles puisés dans la nature organique.

Si l'on comprend et si l'on exprime la chose autrement, on se trompe, et l'on court risque de tromper les autres ; il est même possible que cette première erreur, si minime en apparence et si indifférente pour des esprits peu attentifs vienne entacher la physiologie et fausser du même coup la pathologie tout entière : or voilà précisément ce qui est arrivé à Broussais, comme cela sera démontré plus tard.

Nous croyons pouvoir maintenant définir l'organisme considéré dans l'homme :

Un appareil complexe qui, créé et développé par une force particulière, qui a reçu le nom de force vitale, a pour but immédiat de se conserver et de se reproduire pour servir de moyen de manifestation à une autre force qui est la puissance psychologique.

Cette dernière condition jette un abîme entre l'homme et l'animal. Ainsi, dit encore Buisson, *service* de l'intelligence, *conservation* des organes qui font ce service, voilà les deux grandes fins auxquelles peuvent se rapporter tous les phénomènes individuels de l'homme vivant.

Nous savons que tout être offre dans son étude trois conditions également nécessaires.

De ces trois conditions, deux seulement

tombent sous nos sens, savoir : le stimulus et le support, le principe et le moyen : mais la dernière nous échappe et nous échappera toujours : c'est la force, la fin ou le but. Mais si, (comme tout ce qui reçoit le nom de cause) la force est inaccessible aux yeux du corps, elle est visible pour l'œil de l'intelligence, car la cause se déduit de l'effet, comme la force se reconnaît dans les phénomènes.

Or la *force vitale* se manifeste par trois forces secondaires, ou trois facultés expérimentales, savoir : la *sensibilité*, la *contractilité*, la *plasticité* (affinité vitale, chimie vivante).

Ni l'une ni l'autre de ces facultés n'est la vie, ne peut être la vie, mais c'est de leur concours, de leur action simultanée que la vie résulte : elles sont les trois conditions indispensables de toute fonction, de toute activité; en effet, la plasticité c'est le but; la contractilité, c'est le moyen; et à la sensibilité répond le stimulus. Broussais avait pressenti cette vérité lorsqu'il disait : la composition et la décomposition n'ont rien de commun avec la contractilité et la sensibilité : celles-ci ne sont que des *moyens* pour faire arriver la matière nutritive dans l'intérieur des tissus, et c'est le jeu des affinités vitales qui les y fixe en détachant les vieilles molécules. Or tel est le phénomène de nutrition que nous croyons devoir désigner par le terme de *chimie vivante*. Et puis, ajoutait-il, ces affinités préexistent nécessairement à ce que l'on appelle propriétés vitales (sensibilité, contractilité), puisque celles-ci sont leur ouvrage. En effet, qu'est-ce qui forme la fibre et lui donne sa contractilité avec la faculté de s'allonger après avoir éprouvé la condensation, si ce n'est la *chimie vitale*? (plasticité).

A l'exercice de ces trois facultés primordiales se trouve nécessairement liée une autre manifestation vitale, la *caloricité*. Celle-ci est comme le thermomètre qui mesure l'intensité de ces trois facultés, ou pour parler plus généralement, l'énergie de la puissance vitale. En d'autres termes, la caloricité nous paraît devoir être considérée plutôt comme un résultat de l'action de ces facultés que comme une véritable faculté. C'est en raison de ce fait que l'appréciation de la chaleur animale a été de toute antiquité placée en première ligne dans l'étude de la fièvre ou des maladies fébriles. Nous en reparlerons ailleurs.

A nos trois facultés fondamentales correspondent précisément trois formes particulières de matière animale, savoir : l'albumine, la fibrine, la gélatine. — L'albumine qui forme en grande partie les cordons et les centres nerveux est l'instrument de la sensibilité. — La fibrine, qui forme les fibres musculaires, préside à la contractilité. — La gélatine qui forme le tissu cellulaire général, la base des parenchymes, est affectée à la plasticité. Mais chacune de ces trois formes de matière animale sert-elle seulement d'une manière plus spéciale à l'une de ces trois facultés, comme le veut Broussais, ou bien telle forme manifeste-t-elle exclusivement telle faculté, comme le pense M. Pidoux? Nous avouons rester dans le doute. Toutefois les considérations suivantes semblent venir à l'appui de la dernière manière de voir :

« Dans les animaux les plus inférieurs de l'échelle zoologique, ces trois formes de la matière organisée sont confondues et comme intimement incorporées les unes aux autres pour ne former qu'une masse homogène, partout uniformément douée de sensibilité, de contractilité et de plasticité. Le parenchyme celluleux est très-impressionnable, contractile à un haut degré, et jouit d'une faculté plastique très-énergique, comme on le voit dans les animaux cellulaires du bas de l'échelle, ainsi que dans les tissus accidentels des mammifères, le tissu inodulaire, par exemple, qui possède une grande puissance rétractile. »

» A mesure qu'on s'élève dans la série, on voit deux de ces formes de la matière animale, la fibrine et l'albumine, se spécialiser, se centraliser de plus en plus; la gélatine, au contraire, reste diffuse, générale, et comme la gangue ou le canevas des autres substances animales. De cette manière, la sensibilité et la contractilité s'amassent, pour ainsi dire, dans des foyers, sont propagées par des conducteurs, s'étalent en membranes de rapport pour des fonctions spéciales, tandis que la plasticité, qui est le but de toutes ces fonctions spéciales, étend son appareil partout où il y a vie et nutrition. La raison d'activité de la série zoologique est atteinte, lorsque la centralisation de l'albumine et de la fibrine est arrivée au point de constituer des appareils de relation propres à servir d'instrument à la puissance psychologique. »

Si l'être vivant a pour but immédiat sa propre conservation, l'organisme tout entier devra être considéré comme un grand appareil d'assimilation : tel est le principe fondamental de physiologie qu'il s'agit de démontrer.

Quand on jette les yeux sur ces organes si nombreux, sur ces viscères si variés dont l'ensemble constitue la machine humaine, et qu'on se borne à une vue générale et superficielle de ce mécanisme si compliqué, on ne comprend pas de prime-abord comment tant de parties si diverses peuvent aboutir à un seul et unique résultat, la nutrition.

Mais si, par la pensée, on vient à décomposer cet ensemble, si l'on s'avise de démonter pièce à pièce cette merveilleuse mécanique, depuis les rouages les plus évidents et les plus grossiers jusqu'aux parties les plus fines et les plus délicates, de manière à la réduire, pour ainsi dire, à sa plus simple expression, alors la solution du problème sera de la plus grande facilité!

Or nous pouvons nous épargner ce travail, car la nature nous offre d'elle-même cette sorte d'analyse physiologique dans l'évolution embryonaire, et surtout dans la série zoologique.

En effet, tout au bas de l'échelle animale, l'être vivant nous apparaît sous l'aspect d'une petite masse gélatineuse, amorphe, homogène, plus ou moins dense : cette matière animale

est douée d'une tonicité obscure, mais capable cependant de faire osciller dans ses aréoles, de s'assimiler le fluide nourricier tout préparé qui l'entoure de toutes parts, et enfin d'éliminer les molécules usées par le mouvement vital. En un mot, absorption, exhalation, assimilation, désassimilation, calorification, se passant obscurément dans un morceau de tissu spongieux, ou dans une sorte de glu organique, voilà toute l'anatomie, voilà toute la physiologie du zoophyte et de l'embryon à sa première époque.

C'est là le premier échelon de l'animalité! Cet être, tout rudimentaire qu'il soit, possède néanmoins des conditions suffisantes de vie pour un temps déterminé; bien plus ces conditions, tout imparfaites qu'elles puissent nous paraître, sont radicalement les mêmes que celles du plus élevé des mammifères, comme nous allons nous en assurer : ce sont les fonctions vitales *communes*.

Maintenant que le fluide nourricier (l'aliment et le gaz vital combinés) dans lequel nage cet être rudimentaire, se trouve quelque peu *hétérogène* à cet être lui-même, alors la petite masse de tissu cellulaire se creuse d'une cavité digestive plus ou moins parfaite, dans le but de faire subir à ce fluide une élaboration préparatoire. Cela fait, ce fluide est pris par des vaisseaux qui se sont développés pour le verser dans toute la masse, et puis il est repris en partie par d'autres vaisseaux chargés d'emporter le résidu de la nutrition. A ce degré les premiers *organes spéciaux* existent; aux fonctions vitales communes se sont ajoutées une fonction digestive, et une fonction circulatoire exécutée à l'aide de véritables canaux; et en même temps nous voyons se dessiner la première ébauche d'un *système nerveux* pour unir entre eux ces organes spéciaux, les harmoniser dans leurs diverses fonctions, et les faire concourir au but commun qui est la nutrition. Mais montons plus haut encore.

Que l'aliment et le gaz vital ne soient plus combinés, qu'ils ne se présentent plus d'eux-mêmes au devant de l'absorption, il faut pour vivre que l'animal aille à leur recherche; et c'est alors qu'on voit apparaître les organes respiratoires, les organes de la locomotion et des sens externes; mais tout cela se montre progressivement, dans un état de plus en plus compliqué, de plus en plus parfait, jusqu'à ce que nous arrivions au sommet de l'échelle. C'est ainsi que de degré en degré, suivant les diverses conditions, suivant les milieux différents dans lesquels l'être vivant se trouve placé, et par conséquent suivant les besoins et les nécessités de sa position nouvelle, l'auteur de la nature le dote et l'enrichit d'un organe, d'une fonction, d'une faculté de plus (1).

Arrivé à son état parfait de développement, l'être vivant nous présente à considérer deux ordres d'instruments bien distincts : les premiers qui ont pour objet l'élaboration intime du fluide destiné à l'entretien de la vie, et qui ont pour terme la nutrition (composition et décomposition) : ce sont les appareils de l'intus-susception alimentaire et gazeuse (digestion et respiration), les appareils de l'absorption, de l'exhalation, des sécrétions, des excrétions, de la circulation; les seconds sont les organes chargés de procurer à l'animal les matériaux sur lesquels doivent s'exercer les appareils précédents : ce sont les appareils des sensations externes et de la locomotion qui ont encore pour objet de mettre l'être vivant en rapport avec toutes les choses extérieures pour les attirer et en jouir, ou pour les fuir et les repousser suivant les besoins de sa conservation.

Nous omettrons ici à dessein les fonctions de reproduction afin de simplifier le plus possible l'objet de notre étude.

Ici se présente une remarque importante. Dans la masse cellulaire qui constitue toute l'animalité du zoophyte ou de l'embryon, dans cet état où la vie se trouve réduite à l'exercice des *fonctions vitales communes*, il ne se passe que des actions moléculaires, obscures, imperceptibles : il n'y a là en un mot que des phénomènes de *chimie vivante*. Mais qu'à cet appareil si simple vienne s'ajouter un rouage très-simple encore, qu'à ce nouveau rouage s'en sur-ajoute un autre, puis un autre encore, jusqu'à constituer un mammifère, on verra cette machine exécuter par le moyen des organes spéciaux des mouvements d'abord à peine appréciables, puis bien visibles, puis très-étendus, c'est-à-dire qu'outre les actes de chimie, elle opérera des actes de *mécanique vivante*. Cependant ces deux sortes de fonctions si diverses en apparence concourent également au même but : la fin est une et identique, les instruments seuls varient dans leurs formes et dans leurs dispositions matérielles; partout vous ne devez voir qu'assimilation et désassimilation. Après ces considérations, tout le monde peut maintenant saisir ce qu'il y a de vrai et de faux dans la division qui a été faite de l'être vivant en deux vies distinctes : la vie animale et la vie organique. Si cette division était bonne et utile pour faciliter l'étude, il faut bien avouer que cet avantage a eu une fâcheuse compensation, car elle

(1) Il nous importe beaucoup d'avertir le lecteur, que cette manière de parler n'est de notre part qu'un artifice logique, destiné à faire comprendre plus facilement la composition de plus en plus compliquée de l'être vivant, en remontant l'échelle zoologique; c'est-à-dire que nous repoussons de toutes nos forces la doctrine du *progrès continu*, imaginée par M. Lamarck; en effet, selon nous, tout progrès dans la série a nécessité dans le principe l'intervention de l'activité créatrice, et tout organe nouveau a été, non le produit ou le résultat de circonstances nouvelles, mais il a été ajouté, créé en vue même de ces circonstances; c'est-à-dire que ce sont deux faits simultanés, dont l'un ne saurait être considéré, ni comme la cause, ni comme l'effet de l'autre. Je ne sache pas que personne ait jamais vu un infusoire devenir mollusque, puis articulé, poisson, reptile, oiseau, et enfin mammifère : toutes ces admirables transformations n'ont jamais existé que dans l'imagination de quelques matérialistes qui avaient leurs raisons pour y croire.

a contribué beaucoup à faire méconnaître aux physiologistes, qui l'ont trop prise à la lettre, le dogme fondamental de la physiologie : l'*unité de la force vitale*. Sous ce rapport, M. Pidoux, en faisant tomber cette sorte de séparation purement artificielle qui d'ailleurs avait déjà été justement critiquée, me paraît avoir rendu un véritable service à la physiologie.

En définitive, l'animalité, dans ce qu'elle a de fondamental, de caractéristique, se réduit à la fonction de nutrition. En d'autres termes, si du zoophyte au plus élevé des mammifères, nous voyons, en remontant toute l'étendue de la série, des organes spéciaux apparaître, des appareils compliqués se développer, il faut ne pas perdre de vue que tout cela a pour destination de faire du tissu cellulaire, que tous ces instruments particuliers issus de lui et enlacés dans sa trame sont comme des serviteurs destinés à chercher au dehors, à préparer et à charrier jusqu'à lui le fluide nourricier qui doit l'entretenir; à charge ensuite au tissu cellulaire (car la vie est un mouvement circulaire) de produire les parenchymes, d'engendrer les divers appareils spéciaux chargés des fonctions spéciales. En un mot, si, considéré comme être intelligent, l'homme ne vit, comme l'a dit Buffon, que pour le système nerveux, c'est-à-dire pour l'instrument qui doit manifester l'intelligence, nous pouvons dire avec autant de raison que l'être vivant, que l'animal n'existe que par et que pour le tissu cellulaire; car le tissu cellulaire, c'est la *trame vitale* (Bordeu), c'est la *matrice générale* des corps organisés (Lamarck), c'est le *tissu générateur* (Bichat), c'est l'*organe vital* (Récamier), c'est le *support* de la vie (Burdach).

Oui, le tissu cellulaire est le support de la vie, l'instrument immédiat de la force vitale! Or, voilà précisément ce que dans notre travail d'analyse, nous avions pour but de trouver.

Maintenant que nous connaissons le *support* de la vie, quel est son *stimulus*, c'est-à-dire ce qui doit être assimilé par le support.

La loi de génération tirée de l'anatomie comparée et de l'embryogénie, telle que l'a formulée le docteur Pidoux, doit nous aider nécessairement dans cette recherche. Serait-ce le système nerveux? Mais nous avons vu que dans la formation de l'embryon, aussi bien que dans la série zoologique, le tissu cellulaire préexiste au système nerveux même ganglionnaire, et que les premiers rudiments de ce système n'apparaissent qu'avec les premiers organes spéciaux. Or, si des êtres organisés peuvent jouir de la vie bien que privés de *système* nerveux, il est contraire à la logique d'admettre que le système nerveux post-existant puisse fournir le stimulus du tissu cellulaire, à moins de supposer que la nature ait pu établir telle loi pour tel être vivant, et telle loi pour tel autre, ce qui équivaudrait à dire que la nature procède sans règle et sans loi.

Est-ce la force vitale qui est ce stimulus?

La force vitale n'étant qu'une chose abstraite, une cause première, un principe immatériel peut bien donner au tissu cellulaire la *faculté* de s'assimiler une substance alibile; mais dire que la force vitale puisse être cette substance alibile, cela répugne. Pour qu'un corps matériel puisse se nourrir et se réparer, il lui faut de toute nécessité, non pas quelque chose de dynamique comme l'innervation, d'immatériel comme la force vitale, mais bien une substance également matérielle et susceptible d'être assimilée par le corps organisé.

Mais qu'est-il besoin de pousser plus loin nos recherches? Cette substance matérielle est parfaitement connue de tout le monde : le stimulus de la vie, ou du support de la vie, c'est la sève, c'est le suc nourricier, c'est le *sang*, le sang qui a été appelé avec raison le centre de la vie végétative, parce que tout en sort et que tout y rentre.

Après avoir soumis l'être vivant à une sorte de décomposition minutieuse, nous trouvons, en dernière analyse, que l'appareil de la vie est composé des trois conditions élémentaires suivantes :

1. Un tissu cellulaire qui est le *support* ou l'instrument immédiat de la fonction. 2. Un liquide nourricier, le sang qui est le *stimulus* de la fonction. 3. Une cause inconnue dans son essence, mais cependant réelle, qui donne au tissu cellulaire la faculté de s'assimiler le fluide nourricier, c'est-à-dire la *force vitale* qui est à la fois le principe et la fin de cette grande fonction qu'on appelle la vie.

Ainsi ramenée à ses conditions les plus radicales, la machine vivante nous semble devoir être maintenant aussi facilement comprise dans son jeu, dans son mécanisme et dans son but, que le plus simple appareil de physique ou de mécanique. La vie a été souvent comparée à une lampe qui brûle, à un flambeau qui éclaire : rien de plus vrai que cette comparaison. Que faut-il pour constituer une lampe? trois choses, savoir : une mèche, de l'huile et du feu, de même qu'il faut pour former un être vivant un tissu cellulaire, un liquide nourricier, et une force ou flamme vitale. Avec les deux premières conditions seulement, vous n'aurez jamais ni lumière ni vie; mais si, nouveau Prométhée, vous y ajoutez un rayon de feu, la lampe brûle et éclaire, l'être vit et fonctionne; tant il est vrai que toujours et partout c'est du but que vient la force, que, sans but, pas de force, et sans force pas d'action!

Voilà notre double appareil réduit à son plus grand état de simplicité, ici un zoophyte, là, si vous voulez, une modeste *veilleuse*. Maintenant compliquez ce grossier appareil, imaginez, si cela vous plaît, un mécanisme particulier pour épurer le combustible, ajoutez des rouages et des canaux qui puissent le conduire jusqu'au foyer qui doit supporter la flamme, et l'art va reproduire assez exactement ce que fait la nature lorsqu'à partir du zoophyte elle crée dans les êtres vivants des organes spéciaux de plus en plus nombreux, de plus en plus parfaits, destinés à aller chercher, à préparer la substance alimentaire et à la charrier ensuite par des vaisseaux particuliers jusqu'à la trame qui sert de support à la vie,

c'est-à-dire le tissu cellulaire. Mais combien les chefs-d'œuvre de l'art sont peu de chose à côté de cette admirable machine vivante, où chacun des rouages, suivant la belle comparaison de Galien, rappelle la forge de Vulcain dont tous les instruments étaient animés, cette machine où le nombre des organes, la diversité des formes, la multiplicité des fonctions, où tout enfin conspire avec tant d'unité et d'harmonie vers un seul but : la conservation de l'être vivant (*consensus unus*, *conspiratio una consentientia omnia*).

Il faut le répéter, le dogme de l'*unité vitale* est le dogme fondamental de la médecine. Celui qui n'en sentira pas toute la portée, ne comprendra jamais rien à la science de la vie. Dans l'homme, il n'aura des yeux que pour les organes, que pour les instruments matériels ; il les regardera d'un air curieux, agissant isolément, chacun pour son compte ou plutôt s'agitant dans le vide. Dans ces préoccupations d'organicisme, il appellera la médecine : *la physique et la mécanique du corps vivant*, c'est-à-dire qu'il ne saura pas voir l'être vivant tel qu'il est, qu'il méconnaîtra la force qui met cette machine en action, et que nécessairement il ne pourra concevoir ni son principe ni sa fin. Voilà pourquoi nous avons tant insisté sur la démonstration de ce point culminant de physiologie générale, voilà pourquoi nous croyons devoir l'éclairer encore par la citation suivante :

« Après avoir créé telle ou telle forme de tissu organisé, la force vitale opère dans ce tissu spécial des actes spéciaux sur-ajoutés aux actes généraux et communs, par lesquels ce tissu vit de la vie commune et générale. Chaque tissu spécial sert ainsi de moyen de manifestation spéciale à la force vitale, sans être pour cela la cause de ces manifestations. Modifier un phénomène n'est pas le produire. Des corps différents frappés par la lumière modifient cette lumière de manière à donner lieu à des couleurs différentes, mais ils ne produisent pas ces couleurs. La lumière est *une*, ses manifestations sont infinies, suivant la diversité infinie des substances qu'elle éclaire. De même la force vitale est *une*, malgré ses manifestations diverses, subordonnées à la structure si variée des tissus organisés. »

Ce serait ici le lieu d'exposer la théorie de la chaleur animale, immense question que les médecins ont trop abandonnée aux physiciens et aux chimistes, parce qu'ils n'ont pas vu que de sa solution dépendait le point le plus fondamental de la pathologie, c'est-à-dire la théorie de la fièvre et de l'inflammation. Personne mieux que M. Pidoux n'a senti cette vérité, et c'est cette conviction qui lui a fait émettre la proposition suivante, qui pourra n'être ni bien comprise ni goûtée de nos organicistes, savoir : « Qu'une théorie de la calorification organique d'où ne découlerait pas nécessairement et de soi-même une bonne théorie de la fièvre et des fièvres, devrait être, sans plus d'examen, rejetée comme erronée ou incomplète, et l'on pourrait en dire exactement autant d'une théorie de la fièvre dans laquelle on ne retrouverait pas une bonne théorie de la calorification. Ce double critérium peut servir à juger les doctrines pyrétologiques passées, présentes et futures. »

Mais essayer seulement d'aborder ce sujet, c'est remuer les plus hautes et les plus difficiles questions de la physiologie, c'est m'engager dans des discussions sans fin, dans des controverses interminables qui sont incompatibles avec le plan et les limites que je me suis imposés. Je me vois donc obligé de renvoyer au livre du docteur Pidoux, où ce vaste sujet est traité à fond ; on y verra comment l'auteur est parvenu à reconquérir sur les sciences physiques une des plus belles parties de la médecine qui avait été arrachée de son domaine depuis l'invasion de l'iatrochimisme moderne. En effet, en s'appuyant sur les plus hautes considérations de physiologie générale et principalement sur l'analyse de la vie telle que nous l'avons esquissée tout à l'heure, ensuite sur des faits nombreux de pathologie, sur l'étude de l'embryogénie et de la physiologie comparée, soit végétale, soit animale, il a démontré combien était insoutenable cette théorie qui représente le poumon comme le foyer de la chaleur animale, comme le grand *calorifère* de l'organisme ; il a fait voir que si le poumon joue un rôle évident dans la production de la chaleur, ce rôle n'est cependant que secondaire. En un mot, la théorie chimique de Lavoisier, qui dernièrement avait reçu l'appui d'un professeur de cette école et compte encore aujourd'hui bon nombre de partisans, nous paraît avoir été renversée de fond en comble.

Mais après avoir détruit, il fallait rebâtir ; c'est alors que l'auteur a repris en sous-œuvre la théorie vitaliste essayée par Barthez, Bichat et quelques autres ; et il a su la présenter sous des vues si neuves, la fortifier par des arguments si puissants qu'il en a fait sa propriété, et certes, elle a des droits incontestables pour entrer dans le domaine de la science. Mais malheureusement cette admission éprouvera de grands obstacles, et ce sera en grande partie, il faut le dire, la faute de l'auteur ; en effet il y a là une obscurité qui tient sans doute au sujet lui-même, mais beaucoup aussi au défaut de plan et de méthode : on sent trop que l'auteur apprend et cherche en écrivant ; aussi est-il à craindre que pour bien des lecteurs la forme ne porte grand préjudice au fond.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît utile pour la suite de notre travail de faire connaître cette théorie en la résumant dans quelques propositions très-générales.

La caloricité fait partie nécessaire des manifestations primitives et radicales de l'activité vitale ; partout où il y a vie, il y a chaleur, comme il y a sensation, contraction et assimilation. La chaleur représente la vie aussi certainement, aussi exactement que le mouvement représente l'impulsion, et *vice versâ*.

En d'autres termes, tout être organisé et vivant, soit du règne végétal, soit du règne animal, est doué d'une chaleur propre ; et le plus rudimentaire des animaux a en lui une source de chaleur aussi bien que l'animal le plus parfait et le plus élevé dans l'échelle.

La chaleur animale se présente avec deux des caractères distincts, sous deux modes particuliers de manifestation, savoir : la chaleur *végétative*, et la chaleur *nerveuse* ou par *influx*.

La chaleur *végétative* est liée à l'exercice des fonctions vitales *communes* ou végétatives; par conséquent, d'après l'analyse que nous avons essayée plus haut, elle a pour instrument le tissu cellulaire ou générateur. Elle existe donc dans tous les êtres doués de la vie, végétaux et animaux.

La chaleur *nerveuse* ou par *influx* au contraire est liée à l'exercice des fonctions *spéciales*, par conséquent, elle a pour instrument l'arbre nerveux, le cercle encéphalo ganglionnaire, elle commence à paraître avec le système capillaire pour finir aux appareils les plus élevés de la vie de relation : elle existe donc seulement chez les êtres vivants qui sont doués d'un système nerveux.

En d'autres termes, la chaleur végétative est liée aux actes d'assimilation, de *chimie vivante*; et la chaleur nerveuse ou par influx est liée aux actes de névrosité et de *mécanique vivante*. Au fond ces deux sortes de chaleur sont identiques comme ces actes eux-mêmes sont identiques, en ce sens qu'ils sont produits par la même force et qu'ils tendent à un seul et unique but; seulement les instruments qui servent à les manifester sont différents, c'est ce qui fait que *le* mode de dégagement de la chaleur varie.

Ces deux modes de manifestation dans la caloricité s'observent également dans la sensibilité et la contractilité. La chaleur est *une* dans sa nature, comme la sensibilité est *une*, comme la contractilité est *une* : mais chacune d'elles peut se présenter avec des caractères spéciaux suivant certaines circonstances; tout le monde connaît à ce sujet la division de Bichat et la distinction qu'il a établie entre la sensibilité et la contractilité *organiques* et la sensibilité et la contractilité *animales*.

Nous voudrions pouvoir donner ici les lois qui règlent chacune de ces manifestations vitales; mais pour nous faire comprendre, nous serions obligés d'entrer dans des développements dont nous sentons qu'il faut nous abstenir. Nous tenions seulement à faire la distinction entre la chaleur végétative et la chaleur nerveuse, parce que ce point de vue est tout à fait nouveau, et que nous aurons occasion de montrer son utilité dans la question des fièvres.

En résumé, si les principes que nous venons d'établir jusqu'ici sont vrais, si notre analyse de la vie est exacte, si l'organisme entier doit être considéré comme un appareil d'assimilation, si on admet avec nous que le tissu cellulaire, c'est-à-dire l'instrument immédiat de la vie a nécessairement besoin d'un stimulus matériel pour se nourrir et se réparer, si le sang est ce stimulus, nous croyons dès lors que notre position est bonne, notre point de départ assuré, notre base physiologique inattaquable, et cela nous mènera loin pour la pathologie, comme on le verra bientôt.

5° *Principes de pathologie générale.*

Et d'abord qu'est-ce que la maladie?

Certains pathologistes modernes répondent : que la maladie est un trouble, une déviation de la santé, un dérangement notable survenu dans l'exercice d'une ou de plusieurs fonctions, et autres choses de ce genre. Voilà, certes, des définitions qui ne compromettent personne, mais qui, en revanche, n'apprennent ni ne définissent rien! Qui ne reconnaît ici l'école *sceptique* ou *empirique?*

Quelques autres donnent le nom de maladie à toute lésion survenue, soit dans les conditions chimiques, physiques, mécaniques, soit dans les conditions vitales de l'organisme. Cette manière de voir offre pour tout avantage de rappeler la constitution élémentaire du corps humain; ce peut être à la rigueur une division des maladies, mais ce n'est pas une définition de la maladie. On peut voir ici l'empreinte de *l'éclectisme*.

Sous le règne de *l'humorisme*, la maladie était considérée comme une altération quelconque des humeurs, c'est-à-dire qu'elle était définie par sa *cause prochaine*, soit réelle, soit supposée.

Aujourd'hui *l'organicisme* voit dans la maladie une lésion de l'organisation, amenant par suite un trouble dans les fonctions, c'est-à-dire que la maladie est définie par le *moyen* ou l'instrument qui sert à la manifester.

Quelques *vitalistes* modernes définissent la maladie avec Reil : un acte fondé sur l'organisation que des circonstances insolites ont sollicitée à convertir ses opérations ordinaires en d'autres anomales. Cette dernière définition contient l'idée du principe et du moyen : mais il lui manque de montrer le but ou la fin de cet acte anomal; elle est donc insuffisante.

En effet, toute bonne définition doit embrasser à la fois l'indication du principe, du moyen et de la fin de la chose définie. C'est d'après ce principe incontestable de philosophie que nous avons procédé à la définition de la vie, et c'est là que nous devrons puiser la vraie définition de la maladie.

Or, nous avons vu que la vie devait être conçue comme une grande fonction ayant pour but la conservation de l'organisme. Si les stimulus, qui mettent en jeu la fonction, sont normaux ou hygiéniques, la vie est à l'état de *santé*; si, au contraire, les stimulus sont anormaux, la vie est à l'état de *maladie*. La santé et la maladie sont donc deux aspects, deux modes, deux formes de la vie et rien de plus : c'est-à-dire, en d'autres termes, que la maladie est une *fonction morbide*.

C'est ainsi que *l'école hippocratique* a toujours considéré la maladie, et c'est guidée par ces principes qu'elle a pu et qu'elle a dû la définir :

Une réaction de la vie, un effort de la nature contre une cause quelconque de trouble, opérée dans le but éloigné de la conservation de l'organisme.

Cette définition est évidemment la meilleure, car elle est la seule qui renferme plus

ou moins explicitement les trois conditions, dont chacune avait été considérée isolément par les autres écoles. Cependant nous reconnaissons que pour être parfaite, elle demanderait à être formulée d'une manière un peu moins générale : telle qu'elle est, nous la conserverons provisoirement, parce qu'elle peut suffire à notre objet.

La maladie étant un *acte* et non un *être matériel*, ne saurait avoir de *siége* pas plus que la vie. Mais cet acte pour s'accomplir suppose un agent ou instrument : or, cet instrument est ou l'organisme tout entier, ou bien un ou plusieurs organes.

D'après ces principes, il ne peut être permis d'admettre des maladies physiques, chimiques mécaniques, sous peine de tomber, à la fois, dans un vice de langage et dans une erreur scientifique. En effet une lésion physique, par exemple une luxation, une fracture, n'est pas nécessairement une maladie; elle ne le deviendra que du moment où il s'établira des phénomènes de réaction vitale : jusque-là c'est un accident, une *cause prochaine*, plus ou moins éventuelle de maladie, et rien de plus. La preuve c'est que la réaction vitale peut manquer, et si, malgré l'absence de toute réaction, on persistait à appeler toute solution de continuité une maladie, je ne vois pas pourquoi on ne donnerait pas le même nom à une jambe de bois fracturée. Dans le langage ordinaire, on tolère beaucoup de choses, mais quand il s'agit de science et de pathologie générale, on doit être plus exact et plus rigoureux. Une preuve plus forte encore que les lésions physiques ne sont pas réellement des maladies, mais seulement des causes ou des effets de la maladie, c'est que ces lésions persistent après la mort, c'est-à-dire alors qu'il n'y a plus de réaction possible : or, qui serait assez hardi pour dire qu'un cadavre est ou peut être malade? tant il est vrai que l'idée de maladie entraîne invinciblement l'idée de réaction vitale !

Aussi quand nous entendons certains professeurs de cette école reprocher à Bichat et aux autres vitalistes, d'avoir méconnu ou de méconnaître les maladies physiques, chimiques, mécaniques, cela seul suffit pour nous prouver que ces médecins ne se font pas une idée juste de ce qu'on doit entendre par maladie. Comment, d'ailleurs, pourrait-il en être autrement, lorsque pour eux la vie est un effet, un résultat, tandis que, sous peine de ne rien comprendre à la physiologie, elle doit être étudiée comme une force, comme une cause... De là l'abîme qui sépare l'organicisme du vitalisme, de là aussi la stérilité de l'un et la fécondité de l'autre !

Si, à l'entrée de la pathologie, la plupart des médecins de notre époque oublient si souvent leur physiologie, et s'en débarrassent comme d'un bagage inutile, c'est la plus forte condamnation qu'on puisse porter contre leur physiologie tout instrumentale qui, si elle peut rendre de bons services dans l'étude des organes malades, se trouve tout à fait nulle et stérile vis-à-vis des maladies, c'est-à-dire pour fonder la pathologie générale. Notre physiologie, au contraire, devra toujours nous servir de flambeau, et nous ferons nos efforts pour ne la perdre jamais de vue, car s'il est une vérité pour nous incontestable, c'est celle que le père de la médecine a consacrée de sa grande autorité; savoir : que la physiologie doit servir de base à la pathologie : *quæ faciunt in homine sano actiones sanas, eadem in ægro morbosas.*

La maladie qui s'offre la première à notre étude, la maladie de tous les êtres vivants, de tous les pays, de tous les temps, la maladie par excellence, en un mot, c'est *la fièvre.*

Qu'est-ce donc que la fièvre?

« Serait-ce un être de raison, une conception abstraite et purement nominale de la vieille ontologie, une maladie sans corps, sans siége, sans support, une essence existant par elle-même et indépendamment de l'organisme ou des tissus vivants, quelque chose de métaphysique et d'idéal, un principe surnaturel et distinct de l'économie. »

La fièvre, enfin, ne serait-elle qu'un mot, c'est-à-dire rien? Non, la fièvre est quelque chose, comme la vie est quelque chose : la fièvre est une réalité, comme l'organisme est une réalité? Nier la fièvre c'est nier la vie ou la réaction vitale; nier la fièvre *essentielle*, ou, en d'autres termes, vouloir localiser la fièvre dans un organe, c'est chercher à localiser la vie, lui assigner un siége distinct, un organe particulier, ce qui est absurde.

Rappelons-nous bien l'idée qu'on doit se faire de la vie; c'est-à-dire une fonction reposant sur trois conditions élémentaires : la force vitale, le tissu générateur, le sang. Or, faites que la force et l'instrument de la fonction restant les mêmes, le stimulus seul soit changé, que le sang, de stimulus normal soit converti en stimulus anormal, aussitôt la fonction, au lieu d'être physiologique devient pathologique. Comme la force qui préside à la fonction ne change pas, le but ou la fin de la fonction pathologique ne saurait changer, c'est-à-dire que ce but est toujours, en définitive, la conservation de l'organisme. Mais si, dans la fonction pathologique, le but et les lois restent les mêmes, les phénomènes sont différents de ceux que l'on observe dans l'état de santé, car désormais l'organisme ne travaille plus un aliment, mais la vie est aux prises avec une matière morbifique.

Mais d'où vient cette matière morbifique, et comment la concevoir agissant sur tout l'organisme?

La physiologie va nous mettre facilement sur la voie. Après la digestion stomacale, voyez le chyle absorbé par les radicules lymphatiques se transformer en sang artériel dans l'acte de l'hématose; de là pénétrer dans le grand torrent circulatoire et se répandre dans la trame générale des parenchymes; voyez-le toucher, stimuler toute molécule de matière vivante, qui au moyen de ses facultés primitives (la sensibilité et la contractilité) réagit

sur son stimulus normal, se l'assimile et donne lieu à un acte de plasticité ou de chimie vivante.

Or cette réaction simultanée, primitive et générale de chaque aréole vivante, accompagnée d'un certain dégagement de chaleur normale, cette réaction c'est la vie, cet acte de plasticité c'est une sorte de fièvre physiologique essentielle

Où placer son siége, son point de départ? où la localiser?

Mais ce stimulus normal, ce chyle réparateur, ce sang physiologique, ne pouvez-vous en faire un stimulus anormal, une matière morbifique? assurément rien de plus simple.

Que le chyle soit de mauvaise qualité, que le sang vienne à être vicié par des principes inassimilables, soit venus du dehors, soit puisés dans l'organisme même, comme cela peut s'observer à la suite d'injections artificielles, de l'absorption des virus, des miasmes, ou de la résorption des divers produits morbides engendrés dans le sein de nos tissus; voilà dès lors un stimulus anormal, qui charrié avec le sang et mis en contact avec tous les tissus vivants, au lieu de déterminer une réaction physiologique pour être immédiatement assimilé, va susciter une réaction pathologique, sera soumis à une élaboration particulière, à une sorte de digestion nouvelle, et qui finalement sera assimilé en partie ou éliminé en totalité, si le stimulus est trop hétérogène, (nous parlons des cas les plus simples et les plus heureux), car le but définitif de la fonction morbide est toujours la conservation de l'organisme, et cette conservation ne s'opère et ne peut s'opérer, en maladie comme en santé, que par des actes d'assimilation et de désassimilation.

Or, cette réaction simultanée, générale et primitive de toute aréole vivante suscitée par la présence d'un stimulus anormal, et accompagnée d'une lésion dans la chaleur animale, cet acte de plasticité morbide, voilà ce que nous appelons une *fièvre essentielle*.

Où placer son siége, son point de départ? où la localiser?

Nous sera-t-il permis maintenant de le demander, la fièvre n'est-elle qu'un mot, ou bien est-elle quelque chose?

Oui sans doute, répondent nos organicistes mais votre fièvre essentielle n'est en définitive qu'une sur-excitation morbide du système circulatoire, une angio-cardite ou cardo-artérite et rien de plus.

C'est quelque chose de plus, répondrons-nous à nos localisateurs, c'est même tout autre chose. Eh quoi! parce que dans les exemples cités plus haut, la membrane interne du système circulatoire, a reçu le premier contact de la matière morbifique, parce que le sang a servi de véhicule à cette matière, parce que le cœur et les artères sont un des moyens de manifestation de la réaction morbide, une des expressions symptomatiques de *l'état fébrile*; vous appelez cette réaction, une angio-cardite; vous circonscrivez tout l'appareil fébrile dans le système circulatoire et dans la portion du système nerveux qui l'anime, et, sous prétexte que ce sont deux systèmes généraux de l'économie, vous croyez avoir échappé ainsi au reproche d'une étroite localisation. Mais vous ne songez donc pas qu'il existe un système bien plus général encore que le système circulatoire et que le système nerveux, puisqu'il sert à les former l'un et l'autre, je veux dire la trame vitale, le tissu cellulaire ou générateur! Avec votre manière de considérer et de dénommer la fièvre, cet état si complexe est réduit à rien ou presque rien. De quel droit supprimer ainsi ces troubles généraux qui préexistent à l'accélération du mouvement circulatoire, ce malaise général et intime du début, toutes ces lésions si nombreuses de la sensibilité, de la contractilité, de la caloricité, qui sont des éléments si remarquables de l'état fébrile; de quel droit nous escamoter en quelque sorte les phénomènes les plus caractéristiques, pour ne nous montrer dans cet état qu'un seul phénomène important sans doute, mais grossier et secondaire, les battements du cœur et des artères! Patrons de la médecine exacte, modèles de la bonne observation, est-ce là de l'exactitude, de la sévérité, de l'impartialité?

Est-ce là surtout de la physiologie? A ce compte, la vie ne serait plus qu'un simple acte de circulation, la fonction si complexe de l'assimilation se résumerait dans une excitation du cœur et dans des pulsations artérielles; tout l'ensemble des fonctions qui constituent l'organisme disparaîtrait devant la fonction qui est chargée de porter aux autres les matériaux nutritifs; la vie en un mot ne serait plus qu'une sorte d'angio-cardite physiologique! Voilà pourtant où mène l'organicisme!

Mais qu'il nous soit permis de faire remarquer que l'opinion de nos adversaires entraîne des erreurs de physiologie telles qu'on se demande comment elles ne leur ont pas fait ouvrir les yeux. En effet, pour que leur théorie de la fièvre fût vraie ou au moins soutenable, il faudrait supposer que le système circulatoire qui lui sert de siége s'étendît partout, que tout ne fût que vaisseaux dans l'organisme, c'est-à-dire admettre une division dans les capillaires sans fin et sans limites, en un mot une chose impossible. En outre, il faudrait supposer que le cœur, que les gros vaisseaux, que tout le système circulatoire ont une existence *antérieure* aux appareils auxquels ils sont destinés à envoyer du sang, ce qui serait dire en d'autres termes, que le moyen peut préexister au but, chose aussi absurde en logique que fausse en observation; ou bien il faudrait oublier que la vie existe avant l'apparition de tout système circulatoire, comme de tout système nerveux, ainsi que d'après tous les naturalistes nous l'avons constaté au bas de l'échelle zoologique.

Or, si un être réduit à une masse de tissu cellulaire, sans aucun organe spécial, sans même aucun vaisseau capillaire, possède la faculté de s'assimiler un fluide nourricier normal qui le pénètre par une sorte de mouvement oscillatoire, si cet être rudimentaire a une chaleur

propre, en un mot s'il est doué de la vie, l'induction la plus nécessaire nous force d'admettre que ce même être pourra réagir contre un stimulus inassimilable et en même temps dégager une chaleur morbide: or cette réaction, quelque obscure, quelque imparfaite, quelque problématique même qu'on la suppose, nous donne théoriquement l'idée la plus simple de la fièvre essentielle, car ici on ne pourrait invoquer aucune transmission par voie de sympathie puisque l'agent nécessaire des sympathies, le *système* nerveux manque, et que personne n'oserait parler de cardo-artérite, pour une excellente raison!

La fièvre essentielle est donc la maladie la plus nécessaire, la plus naturelle, et qu'on nous passe cette expression, la plus physiologique, car elle est la seule qui soit commune à tous les êtres vivants; c'est la maladie des êtres qui n'en ont pas d'autre et ne peuvent en avoir d'autre.

Pourquoi l'homme en serait-il exempt? Considéré en tant qu'être vivant il n'est pas d'une autre nature que le zoophyte, que l'être placé au bas de l'échelle; son but est le même, celui de se conserver vivant pendant un temps déterminé; les instruments dont il a été doué pour arriver à ce but sont plus nombreux, et plus parfaits, voilà toute la différence. Pour connaître la fièvre dans ce qu'elle a d'essentiel, de radical, il faut faire ici ce que nous avons fait pour la vie; il faut l'étudier non pas dans l'organisme arrivé à toute sa perfection, mais dans l'organisme dépouillé par l'analyse de toutes ses fonctions spéciales et réduit à ses conditions essentielles et radicales d'existence; en un mot, partir des êtres réduits aux fonctions vitales communes, et, ne passant par tous les degrés intermédiaires, arriver au plus élevé des mammifères, et de cette manière, l'on trouvera que la fièvre et la vie ont une marche exactement parallèle et ascendante, et que l'une et l'autre auront des moyens de manifestation d'autant plus nombreux, d'autant plus spéciaux qu'on se rapprochera davantage de l'être placé au sommet de l'échelle.

En résumé, la véritable théorie de la fièvre est entièrement renfermée dans une bonne analyse physiologique de l'être vivant, et c'est en nous fondant sur cette analyse, que nous espérons maintenant pouvoir être compris, en disant avec M. Récamier, que la fièvre consiste dans une *sur-stimulation (morbide) des fonctions vitales communes*, et qu'elle a pour symbole et pour thermomètre une lésion de la chaleur animale.

Mais pour être fidèles à nos principes de philosophie médicale, nous croyons devoir donner ici la définition plus complète de la fièvre que M. Pidoux a formulée de la manière suivante :

La fièvre essentielle considérée de la manière la plus générale, c'est l'état d'un organe ou d'un organisme dont le mode de réaction vitale est changé, parce qu'un but d'activité accidentel et nouveau s'est développé en lui par la présence d'un stimulus accidentel et nouveau, et ce but c'est l'assimilation ou l'élimination de ce stimulus.

Je voudrais pouvoir maintenant présenter ici le tableau général de la fièvre essentielle, la suivre dans ses diverses périodes d'incubation, d'irritation ou de crudité, de maturation ou de coction, de résolution ou de crise, de convalescence ou de restauration; je voudrais pouvoir montrer dans l'ordre et la filiation des phénomènes fébriles, leur loi, leur signification, leur finalité, faire voir clairement comment chacun de ces phénomènes, depuis le frisson initial jusqu'à l'évacuation critique, reproduit exactement, aux yeux du pathologiste, chacun des actes que le physiologiste observe dans l'étude de la digestion normale depuis la sensation plus ou moins légère de froid jusqu'à l'acte de la défécation; en un mot, je voudrais pouvoir faire saisir à tous les esprits non prévenus comment la fièvre, au milieu de ce trouble, de ce désordre apparent, peut être considérée comme une opération de la nature tendant à la conservation de l'organisme, c'est-à-dire comme une fonction morbide, mais je suis encore forcé de renvoyer au livre du docteur Pidoux. C'est là qu'après avoir enseigné comment doit être comprise l'observation en médecine, notre auteur a placé l'exemple à côté du précepte: c'est là que, dans un tableau tracé, non pas à la manière des numéristes, mais d'après la méthode des grands maîtres de l'art, il a su indiquer la loi de génération des phénomènes dans leur ordre de succession, en un mot, donner une théorie complète de la fièvre, tout en se bornant à une simple description.

Si après la lecture et la méditation de ces pages, nos organicistes modernes persistaient à ne voir dans l'état fébrile qu'un trouble du système circulatoire, en vérité je ne saurais plus m'expliquer cet aveuglement qu'en pensant que peut-être il ne leur est jamais arrivé de fébriciter. Alors un simple accès de fièvre éphémère vaudrait mieux pour eux que tous les plus beaux raisonnements du monde. Mais si dans la première période, au milieu de ce malaise général, de ce frissonnement étrange, de cette sensation indéfinissable où il vous semble que toute molécule vivante a reçu une atteinte profonde; si dans cet état où le cœur se tait, où le système circulatoire ne donne pas encore signe de surexcitation, nos localisateurs n'abjuraient pas spontanément leur doctrine étroite et incompréhensible, dès lors tout espoir de conversion serait à jamais perdu, et leur carrière scientifique aussi bien que leur accès de fièvre se terminerait infailliblement dans l'impénitence finale, c'est-à-dire, en état de *cardo-artérite aiguë*.

Après avoir étudié la fièvre en général, nous devons dire un mot des fièvres et chercher leur classification.

D'après la notion que nous nous sommes formée de la fièvre, ce mot n'entraîne pas nécessairement l'idée d'une réaction générale, ou devant toujours avoir primitivement pour instrument l'organisme tout entier. Il n'en

pourrait être ainsi que si le stimulus anormal venait constamment se mettre en contact direct et immédiat avec la trame générale destinée à l'assimiler ou à l'éliminer, comme dans les cas précédents que nous avons pris à dessein pour exemples; la même chose aurait encore lieu si tout organisme, tout être vivant était réduit à l'organe vital commun et aux fonctions vitales communes, comme cela s'observe dans les animaux cellulaires.

Mais dans les animaux supérieurs, la physiologie nous a montré une série d'organes *spéciaux* destinés à aller à la recherche de l'aliment et à lui faire subir des élaborations successives jusqu'à ce qu'il soit converti en chyle et en sang artériel. Or, en nous bornant à la vie organique de Bichat, supposez que chacune de ces fonctions physiologi ques spéciales depuis la digestion gastrique jusqu'à la nutrition interstitielle, reçoivent, au lieu d'un aliment normal et aient à élaborer un aliment de mauvaise qualité, un stimulus anormal, une matière morbifique quelconque, voilà dès lors des fonctions physiologiques transformées en autant de fonctions pathologiques, c'est-à-dire, d'après notre définition, voilà des réactions morbides qui seront pour nous autant d'espèces de fièvres essentielles. C'est ainsi qu'en partant de l'estomac nous trouvons successivement en physiologie la chymification et chylification, l'absorption chyleuse, la circulation, l'hématose, les sécrétions et excrétions diverses, les fonctions trophiques ou présidant à la formation des divers parenchymes, et enfin les fonctions vitales communes; et, qu'en pathologie, nous observons comme fonctions morbides correspondantes les fièvres gastriques, bilieuses, saburrales; les fièvres sanguines, hématosiques, les fièvres sécrétoires, catarrhales, les fièvres qu'on a appelées récorporatives, les fièvres inflammatoires, et enfin tout au bas de l'échelle les phlegmasies.

D'après cette manière de voir, chacune des fonctions spéciales nous représente une classe particulière de fièvre, mais ensuite chacune de ces classes demanderait à être divisée en genres et en espèces, et on aurait ainsi une pyrétholoogie complète vraiment physiologique, dans laquelle viendraient naturellement se ranger les nombreuses variétés de fièvres qui ont été observées et décrites par les anciens pathologistes. Je ne doute pas que la doctrine des fièvres étant étudiée d'après ces principes, et fondée sur une pareille base, ne reconquît tôt ou tard l'empire qu'elle a perdu depuis la nouvelle révolution médicale; mais ce travail n'est encore qu'ébauché, et jusqu'au moment où il sera accompli, il faudra bien nous résigner à entendre répéter autour de nous ces paroles si peu comprises de ceux même qui les ont sans cesse à la bouche, savoir: que depuis Broussais il n'existe plus de fièvres essentielles.

Malgré ce défaut de développements, on peut juger cependant combien notre analyse physiologique nous sert pour simplifier et éclairer la pathologie; après avoir donné à notre auteur la véritable théorie de la fièvre et lui avoir fourni la classification la plus naturelle des fièvres et le plan général d'une bonne pyrétologie, cette analyse vient encore de nous conduire comme par la main vers la solution d'une des questions les plus obscures et les plus importantes de la médecine, c'est-à-dire le *siége et la nature de l'inflammation*. En effet, en parcourant de haut en bas la série des appareils de l'assimilation et en descendant notre échelle pyrétologique, dont les degrés sont exactement parallèles à l'échelle physiologique, l'inflammation s'est présentée à nous comme la dernière des fièvres; et nous trouvons par conséquent que cette fonction morbide a pour support et pour instrument la trame vitale, le tissu cellulaire ou l'appareil des fonctions vitales communes.

La théorie de l'inflammation est subordonnée à l'idée plus ou moins claire et plus ou moins vraie que chacun pourra se faire des fonctions vitales communes et du tissu cellulaire ou générateur: rappelons-nous donc bien que ce tissu forme la trame générale de tous nos organes, qu'il est la base, le canevas de toute l'organisation; que la vie repose essentiellement sur lui; et que sa fonction, sa seule fonction c'est d'exister, c'est de vivre pour qu'à leur tour les organes *spéciaux* qui en sont formés puissent exister et fonctionner.

Or jusqu'ici le stimulus anormal, la cause morbide que nous avions fait agir sur l'économie, n'avait, par hypothèse, lésé les appareils de l'assimilation qu'en tant que doués de fonctions *spéciales* qu'ils tiennent d'une certaine organisation, d'une certaine forme, d'une certaine disposition du système nerveux, fonctions spéciales, digestives, exhalantes, sécrétoires, trophiques; mais ces appareils n'avaient reçu aucune atteinte dans leur texture et dans leur organisation intime; car les fonctions *gastriques*, comme toutes les fonctions spéciales, peuvent être troublées sans que les tissus qui composent l'estomac soient lésés, altérés.

Maintenant nous supposons que la matière morbifique vient à porter son action sur les fonctions vitales communes, sur l'instrument lui-même de ces fonctions, sur le tissu cellulaire, qu'arrivera-t-il?

« Pour que ces fonctions soient lésées, il faut de toute nécessité que le stimulus anormal ait agi d'une manière chimique ou d'une manière mécanique. Ici, en effet, la fonction n'est autre chose que la vie et la conservation du tissu; elle ne peut donc recevoir de lésion indépendamment de ce même tissu. Or, nous ne concevons qu'un seul mode possible de lésion pour un composé matériel en tant que tel, que ce composé soit un corps brut ou organisé; c'est une lésion opérée mécaniquement ou chimiquement. En d'autres termes, le tissu cellulaire est l'ouvrage, le produit des fonctions vitales communes; sa création et sa conservation constituent ces fonctions elles-mêmes. Cet ouvrage, ce produit, ces fonctions étant le tissu cellulaire lui-même, ne peuvent être lésés sans lui, pas plus que lui sans eux. Mais un tissu quelconque, vivant ou non vivant, n'a

qu'une manière d'être lésé ou attaqué, et c'est mécaniquement ou chimiquement. Donc, pour que les fonctions vitales communes soient lésées, il faut un agent mécanique ou chimique. »

Ce raisonnement est serré et nous paraît inattaquable : mais, comme il repose sur une analyse extrêmement délicate, il est à craindre que tous les esprits n'en sentent ni toute la rigueur, ni toute l'importance, et cependant là se trouve la solution d'un grand problème, savoir : la nature de l'inflammation.

Le stimulus anormal en contact avec le tissu cellulaire des organes peut agir à deux degrés, ou comme simple irritant, ou comme agent désorganisateur. Dans le premier cas, l'effet produit est une simple *irritation*, c'est-à-dire une fonction pathologique, n'ayant comme la fièvre essentielle proprement dite qu'un seul but, savoir : l'assimilation ou l'élimination de la cause morbifique. Mais, dans le cas où l'agent irritant a été assez puissant pour attaquer l'organe dans sa texture, pour désorganiser la trame vitale, le but de la fonction pathologique est double, et elle se compose alors de deux périodes : la période d'irritation ou d'élimination, et la période de régénération ou de cicatrisation, pour réparer la portion de tissu lésée et détruite par le stimulus.

De là deux grandes classes d'inflammations, qui sont aussi fondées en théorie qu'utiles dans la pratique. La première classe comprend les phlegmasies qui ont été nommées *incomplètes*, *fausses*, *bâtardes*, *catarrhales*, *érythémateuses*, *rhumatismales*, etc., et la seconde renferme celles qu'on a désignées sous le nom d'inflammations *vraies*, *complètes*, *phlegmoneuses*, etc.

Dans les inflammations *fausses*, la maladie consiste dans une simple irritation, tandis que dans les inflammations *vraies* et *complètes*, il y a irritation et désorganisation, et c'est dans ces dernières seulement qu'il y a formation d'une hématose nouvelle et indépendante de la grande circulation du sujet, destinée à créer un tissu nouveau et accidentel pour la production de la cicatrice.

Cette distinction permet de saisir facilement l'analogie et la différence qui existent entre la fièvre et l'inflammation : dans quel sens et avec quelle restriction il faut entendre cette opinion de l'école hippocratique ; savoir : que la fièvre est une inflammation générale, comme l'inflammation est une fièvre locale.

Dans la crainte d'effaroucher bien des lecteurs, nous éviterons de suivre notre auteur dans l'extension très-large qu'il a donnée à la fièvre, et nous nous garderons bien, en conséquence, de parler des fièvres qui ont pour instruments les appareils de la vie de relation, trop heureux encore qu'on voulût bien accepter les fièvres proprement dites, c'est-à-dire celles qui se passent dans les fonctions de l'assimilation immédiate ou dans les appareils de la *vie organique*.

La dernière remarque que nous croyions devoir faire à cause de son utilité pratique, c'est que les fièvres essentielles offrent le type intermittent, rémittent ou continu, suivant que les appareils qui accomplissent ces fonctions morbides exécutent leurs fonctions normales, d'après l'un ou l'autre de ces types. Les fièvres sont d'autant plus intermittentes qu'elles affectent des appareils plus voisins de ceux de la vie de relation, et d'autant plus continues qu'elles se rapprochent le plus des appareils, des fonctions vitales communes. C'est ainsi qu'on voit les fièvres présenter une intermittence moindre ou plutôt une rémittence graduellement décroissante depuis les fièvres gastriques, les fièvres catarrhales, les fièvres inflammatoires ou synoques, jusqu'aux phlegmasies qui seules sont véritablement *continentes*. — Nous n'entendons pas parler ici des fièvres intermittentes proprement dites, ou *marématiques*, qui ont des caractères particuliers, et trouveront leur place ailleurs.

H. Thirial.

(*La fin à un prochain numéro.*)

II. Quelques études sur la vaccine, par M. Dourlen, de Lille.

Dans une lettre que j'adressai le 28 février 1839 a M. le secrétaire-général du comité central de vaccine du département du Nord, et dont copie fut déposée, dans la séance du 1er mars suivant, aux archives de la Société royale des sciences de Lille, je formulai en propositions distinctes les résultats des expériences auxquelles je me suis livré depuis plusieurs années sur quelques phénomènes de la vaccine (1). Je vais présenter aujourd'hui l'ensemble des faits que j'ai recueillis et l'examen des conséquences pratiques qui en découlent.

Lorsqu'en 1834 le bureau de bienfaisance de Lille ordonna une révision générale des vaccinés indigents, la question des revaccinations était à l'ordre du jour. Les succès multipliés obtenus dans toute l'Allemagne, le Danemarck, la Suède, une grande partie de l'Italie et de l'Angleterre, avaient éveillé l'atten-

(1) Voici pourquoi je cite ces dates. On lit dans le numéro trente-huit de la *Bibliothèque universelle de Genève*, publié le *vingt-sept* mars 1839, un travail de M. H.-C. Lombard, médecin distingué de cette vil e, qui renferme le passage suivant. « Il me paraît néanmoins qu'on n'a pas encore étudié suffisamment la fausse vaccine sous le point de vue antivariolique, et si l'analogie nous fait croire qu'elle doit aussi bien préserver qu'une vaccine régulière, nous n'en avons encore aucune preuve expérimentale ; je dirai seulement qu'il m'est arrivé d'obtenir une vaccine parfaitement régulière avec du virus pris sur un bouton de fausse vaccine, ce qui semble démontrer que la nature de ces deux virus n'est pas si différente que l'on s'est plu à le déclarer, avec le but avoué de démontrer que la vaccine préservait toujours et absolument de la variole. Je signale ce point d'étude comme un objet de recherches pour les vaccinateurs... »

tion des médecins sur ce nouveau point de doctrine. Je ne voulus pas laisser échapper l'occasion qui m'était offerte d'étudier cette question et d'apprécier la valeur des faits avancés, en les répétant sur une assez grande échelle. L'hospice de Stappaert, dont le service médical m'est confié, me fournit aussi un champ favorable d'observations chez des sujets de moins de vingt années. Enfin, depuis quelques mois, la crainte de la variole ayant pénétré dans toutes les classes, j'ai pu poursuivre mes investigations sur un bon nombre de personnes justement alarmées de quelques cas observés chez des vaccinés, bien qu'on eût pris, comme d'ordinaire, la précaution de les déguiser sous le mot heureux de v rioloïde. Telles sont les sources où j'ai puisé les éléments de ce travail.

Pendant longtemps, il faut bien l'avouer, mes recherches furent dirigées dans un tout autre esprit que celui qui m'anime aujourd'hui. C'est en cherchant avec soin des faits probants contre les revaccinations, que je croyais au moins inutiles, que je fus peu à peu conduit à reconnaître leur indispensable nécessité; car quelle que soit la préoccupation qui nous dirige, ne doit-elle pas fléchir devant l'évidence des faits destructifs que le temps et l'observation directe accumulent incessamment contre elle?

Dès l'époque de mes premières vaccinations j'avais suivi avec intérêt les différences notables que l'âge, le tempérament, peuvent apporter dans le développement, plus ou moins hâtif, dans la couleur et jusque dans la forme des pustules vaccinales. A coup sûr l'on sait depuis longtemps que chez les enfants pâles, lymphatiques, à peau molle et velue, la vaccine n'acquiert presque jamais l'intensité inflammatoire que l'on rencontre chez ceux d'une constitution sanguine prononcée, sans que pour cela ses propriétés contagieuses et préservatives subissent la plus légère altération. Dupuytren avait signalé la marche plus rapide de la vaccine chez les nègres et les mulâtres. Il avait observé que chez eux les périodes d'incubation, d'inflammation et de dessiccation, étaient moins longues que chez les blancs; et malgré cette *hâtiveté* que la plupart des vaccinateurs regardent comme propre à faire suspecter le résulat de l'opération, le produit de ces boutons avait toujours donné une bonne vaccination. Enfin l'on sait encore que les pustules des adultes sont souvent plus oblongues, plus plates, plus ternes que celles des enfants, et que des démangeaisons vives, des douleurs sous les aisselles les accompagnent presque constamment, tandis qu'elles sont infiniment rares dans le jeune âge.

De tout ceci l'on peut conclure, je crois, que la puissance anti-variolique de la vaccine échappe tout à fait à l'action modificatrice que certains âges, certaines constitutions, certaines maladies peut-être, exercent sur ses caractères généraux, jusqu'à les rendre parfois douteux. Or, il m'a donc paru que l'étude suivie de ces diverses modifications (fausses vaccine, vaccinelle, vaccine des adultes) pouvait offrir quelque intérêt, et je m'y suis livré d'abord sans but déterminé, presque au hasard et par pure curiosité; mais bientôt ces premiers essais fixèrent mon attention sur des résultats assez constamment les mêmes, pour me faire soupçonner une loi générale qui m'était inconnue auparavant.

Voici comment je procédai. J'essayai d'inoculer à divers individus, vaccinés, variolés ou vierges de ces deux éruptions, soit la fausse vaccine, soit la vaccinelle, ou bien encore la vaccine des adultes. Ai-je besoin de dire que chez les non-vaccinés j'avais toujours le soin d'inoculer en même temps la vaccine la plus légitime? Car mon premier devoir n'était-il pas de les préserver de toute atteinte variolique? Je ne tardai pas à me féliciter de cette manière d'opérer, puisqu'en plaçant ainsi sous mes yeux et à la fois les deux éruptions, j'étais aussi plus apte à saisir les différences qu'elles pouvaient offrir entre elles. D'ailleurs ces différences sont souvent assez fugitives pour qu'aucune description, quelque complète qu'on la suppose, suffise pour les faire apprécier convenablement; ce qui devient plus difficile encore, sinon impossible, s'il s'agit de les étudier sur deux individus qu'on ne voit pas en même temps. On comprend aisément que ne pouvant pas toujours procéder de *bras à bras*, j'ai dû m'entourer de précautions très-minutieuses pour éviter des erreurs faciles en pareille matière. Il me suffira de dire que j'ai adopté pour chaque espèce d'inoculation des lancettes particulières que la couleur bien distincte de leurs châsses ne me permet pas de confondre entre elles.

La fausse vaccine que l'on obtient de l'insertion de la véritable vaccine à des variolés, à des vaccinés et, dans quelques cas infiniment rares, chez des sujets également réfractaires à l'action de ces deux virus, ne m'a pas paru susceptible de reproduction, du moins dans ses degrés inférieurs. Quelquefois son introduction sous l'épiderme détermine de la rougeur, une petite élevure momentanée, et bientôt ces faibles phénomènes, dus au contact d'une matière irritante, disparaissent sans laisser après eux aucune trace appréciable. Il est extrêmement rare que la fausse vaccine produise des accidents généraux. Aussi je dois consigner ici le fait suivant, qui m'a paru fort curieux. Le nommé Brisy, âgé de neuf ans, domicilié à Lille, rue du Magasin, numéro treize, chez lequel sept opérations n'ont jamais développé autre chose qu'une éruption anomale, de très-peu de durée, fut pourtant pris chaque fois de fièvre très-vive, avec un léger délire et des vomissements bilieux très-abondants. Ces accidents se montraient avec l'éruption, croissaient et disparaissaient avec elle. Cet enfant n'a point encore été frappé de la variole, au moins jusqu'aujourd'hui.

Comme la fausse vaccine, dont la marche et les formes sont variables, passe très-promptement à l'état de suppuration, j'ai tenté, sans

plus de succès, de l'inoculer aussitôt que les pustules se manifestaient. Mais il en est autrement si elle atteint un degré supérieur, caractérisé par un développement moins hâtif, plus persistant, degré qui n'est pourtant pas encore la vaccinelle. On trouve alors, au quatrième ou cinquième jour au plus tard, un fluide limpide peu abondant, ne laissant pas de traces sur l'instrument. Ce fluide reproduit quelquefois la vaccine la plus complète chez les sujets non soumis jusque là à l'action d'un virus analogue, la vaccinelle chez quelques vaccinés, la fausse vaccine chez les variolés. Le plus souvent on n'obtient rien. J'ai toujours remarqué que lorsque le bouton, qui n'est pas encore ombiliqué comme dans la vaccinelle, offrait à son centre un point bleuâtre ou même noirâtre qui n'est autre chose, à mon avis, qu'une ombilication rudimentaire, pourvu que les bords fussent à peu près blancs, on pouvait compter sur une nouvelle reproduction, variable selon les conditions du sujet de l'expérience. Il en est exactement de même si, sous la croûte brunâtre qui revêt quelquefois toute l'étendue d'un bouton de fausse vaccine au cinquième ou sixième jour, on recueille un liquide visqueux, non trouble, peu consistant.

Je viens de parler de degré supérieur et degré inférieur; je vais indiquer ma pensée en peu de mots. Je crois qu'entre la vaccine la plus légitime et la fausse vaccine la plus promptement abortive, qui ne sont au fond qu'une seule et même maladie à différents états, il existe bon nombre de degrés intermédiaires que l'on connaît mal. Est-il possible, je le demande, d'assigner d'exactes limites aux deux variétés de fausse vaccine assez généralement décrites dans les ouvrages classiques (Pinel, M. Husson, etc.)? Les descriptions si différentes qu'en donnent les auteurs répondent suffisamment à ma question. Je reviendrai bientôt sur cette opinion.

Mes observations sur ce premier degré des éruptions vaccinales m'ont appris,

1° Que la fausse vaccine s'obtient souvent chez les *variolés*, quel que soit leur âge;

2° Qu'elle s'obtient encore aisément chez les *vaccinés* qui ont moins de vingt-cinq à trente ans;

3° Qu'elle n'est pas susceptible de reproduction sans changement d'état, reproduction qui n'arrive, d'ailleurs, que lorsqu'elle atteint lentement un certain degré. Alors elle peut donner la vraie vaccine ou la vaccinelle selon les prédispositions des sujets.

Quant à la vaccinelle, elle jouit de propriétés éminemment contagieuses. C'est un fait incontestable. Elle résulte de l'inoculation du virus vaccin à un sujet antérieurement vacciné ou même variolé, ce qui est plus rare, pourvu qu'il soit adulte. Sa période d'incubation est plus longue que dans la fausse vaccine, un peu moins que dans la vaccine vraie. Son bouton est ombiliqué, bien aréolé. Il ne diffère de la vaccine ordinaire que par sa couleur, qui est assez constamment jaunâtre; j'en ai trouvé d'un brun violet, de noirâtres, de livides, etc., et de très-peu déprimés à leur centre sans que pour cela ils fussent privés de leur propriété contagieuse.

D'après tous les auteurs qui en ont traité, et je place M. Rayer à leur tête, la vaccinelle n'est importante à connaître qu'en raison de sa grande ressemblance avec la vaccine, à tel point qu'on les confond très-aisément. Erreur bien dangereuse, puisqu'elle n'aurait, d'après ces écrivains, aucune puissance anti-variolique. Certes, une différence aussi capitale commandait une étude spéciale de la vaccinelle, et je m'y suis livré, je puis le dire, avec l'attention la plus scrupuleuse.

Voici ce que j'ai vu.

La vaccinelle, pas plus que la fausse vaccine, n'est point susceptible de se transmettre sans changer d'état, c'est-à-dire sans être puissamment modifiée par le sujet qui la reçoit, excepté lorsque celui-ci, vacciné dans sa première enfance, a plus de vingt-cinq à trente ans; alors elle conserve tous ses caractères. Hors ce cas, et dans un âge moins avancé, elle dégénère en fausse vaccine chez les vaccinés et les variolés; tandis que chez ceux qui sont étrangers à toute influence vaccinale ou variolique elle reprend, dès sa première transmission, toutes les formes de la vaccine la plus régulière et les conserve invariablement dans toutes ses transmissions suivantes. La couleur jaunâtre ou même violette du bouton disparaît, et celui-ci offre cet éclat argenté que l'on recherche dans toute bonne vaccination. C'est particulièrement chez les jeunes enfants qu'il est impossible d'établir la plus légère différence. J'ai soumis à l'examen de M. Lefebure, secrétaire général du comité de vaccine, et de M. Pucelle, qui a une longue pratique de la vaccination, des individus auxquels j'avais inoculé de la vaccine et de la vaccinelle, sans que ces honorables confrères aient pu rapporter à leur véritable origine les pustules que j'avais obtenues (1).

La vaccinelle s'accompagne presque constamment de phénomènes généraux. Vers le quatrième ou le cinquième jour qui suit l'insertion, il y a du malaise, de l'anorexie, de la soif, quelquefois de la fièvre. Les boutons occasionnent de vives démangeaisons; leur aréole est souvent très-rouge, très-dure, un peu douloureuse, surtout chez les sujets dont l'organisation vigoureuse réagit énergiquement. Il n'est pas rare que les ganglions de l'aisselle soient engorgés, tuméfiés, sensibles. Tous ces phénomènes, que l'on rencontre aussi quelque fois dans la fausse vaccine, indiquent-ils, comme on le prétend, une éruption de mauvaise nature? N'y trouve-t-on pas au contraire tout ce que Jenner et ses contemporains regardaient comme des signes essentiels, comme

---

(1) Tout ce que j'avance ici vient d'être pleinement confirmé par les succès recents de MM. Hautrive, Delmar, Lefébure, Pucelle et Fiévet.

la garantie obligée d'une heureuse vaccination? Il y a plus : qu'on inocule au bras d'un adulte bien constitué, sanguin, qui n'est ni vacciné, ni variolé, de la vaccinelle à un bras, du vaccin ordinaire à l'autre bras, il observera que les démangeaisons, les douleurs sous-axillaires sont égales des deux côtés; car, comme je l'ai dit plus haut, la vaccine des adultes est plus constamment inflammatoire, plus rapide que celle des enfants, et cela en raison directe de la vigueur, de l'activité de leur constitution. En un mot, l'on retrouve ici tout ce que Dupuytren croyait seulement propre aux nègres et aux mulâtres.

Une remarque que je ne dois pas passer sous silence, c'est que le produit de la vaccinelle, bien ombiliquée, est peut-être d'un effet constamment plus sûr que le vaccin ordinaire. Je ne trouve dans mes notes, chose singulière, aucun fait de son impuissance. Bien au contraire, en voici un qui mérite d'être mentionné.

Las d'avoir opéré sept à huit fois sans succès l'enfant de M. L...., rue Royale, 37, je lui inoculai, en même temps que du vaccin vrai, de la vaccinelle recueillie sur une dame de trente-cinq ans, autrefois bien vaccinée à n'en pas douter; la vaccinelle réussit, le vaccin échoua encore. Les boutons offrirent les plus beaux caractères et me servirent à inoculer bon nombre de personnes. Un autre fait. M. Pucelle vaccina plusieurs enfants chez M. Demortain, conservateur du vaccin, avec du fluide qu'il avait puisé lui-même, provenant de boutons de vaccinelle. Cette circonstance fut notée avec soin. L'opération ne réussit qu'au bras où la vaccinelle avait été inoculée, et n'eut aucun résultat à l'autre bras, bien que pour celui-ci seulement l'insertion du virus eût été faite de *bras à bras*.

Avant l'âge de vingt-cinq à trente ans, il est assez rare que la vaccinelle acquière tout le développement nécessaire pour mériter cette dénomination; elle ressemble encore trop à ce qu'on appelle la fausse vaccine; tandis que dans un âge plus avancé elle se rapproche de plus en plus de la vraie vaccine, ainsi que je l'ai observé chez les plus anciens vaccinés.

Une circonstance qui me frappa dans le cours de mes obssrvations, c'est qu'il m'arrivait de réussir chez un sujet et d'échouer complétement chez un autre du même âge, ou de n'avoir que de la fausse vaccine.

Je fus longtemps à trouver l'explication de ce fait, qui pourtant est bien simple. C'est que si je notais avec soin l'âge des individus, je négligeais alors de m'enquérir de l'époque réelle de la vaccination antérieure, qui est bien plus importante à connaître. Ainsi chez ceux de trente ans, par exemple, vaccinés de dix à quinze ans, je n'obtenais que de la fausse vaccine, absolument comme s'ils n'eussent eu que quinze ou vingt ans. Tout récemment encore je fus trompé par une autre cause. J'avais tenté deux fois une nouvelle inoculation sur un de mes clients, âgé de trente-neuf ans, bien vacciné dans sa première enfance; j'allais encore recommencer sur son invitation, lorsque je me rappelai tout à coup qu'il avait été atteint, il y a six ou huit ans, d'une varioloïde très-grave, dont il porte encore des traces non équivoques. Je devais ne pas réussir, puisque cette maladie replace, à mon avis, M. B..... C..... dans les mêmes conditions que ceux qui ont eu récemment la variole ou la vaccine.

Il faut donc, pour obtenir la vaccinelle bien développée, outre l'âge de vingt-cinq à trente ans, dans le plus grand nombre des cas, que la première vaccination ait été pratiquée de bonne heure, et que le sujet n'ait été frappé depuis lors d'aucune forme de la variole, quelque bénigne qu'on la suppose.

Il résulte de ce que je viens d'avancer :

1° Que la vaccinelle est le produit de l'insertion de la vaccine vraie chez quelques variolés ayant généralement plus de vingt-cinq à trente ans;

2° Qu'elle ne peut pas se transmettre sans subir une altération remarquable dans ses caractères, si ce n'est chez des vaccinés ayant au moins l'âge que je viens d'indiquer;

3° Qu'inoculée aux vaccinés plus jeunes, elle dégénère en *fausse vaccine*;

4° Qu'enfin, lorsqu'elle est bien développée et recueillie à temps (le sixième jour, par exemple) sur un sujet vacciné, ou même, ce qui est plus rare, sur un variolé, et inoculée à un autre sujet exempt jusqu'alors de ces deux éruptions, *elle reprend aussitôt les caractères de la vaccine la plus légitime, et les conserve invariablement dans toutes ses transmissions suivantes.*

Je dois faire précéder le relevé statistique que je joins à l'appui de mes recherches d'une observation qui n'est pas dépourvue de quelque valeur. C'est que je ne présente ici qu'environ la moitié des faits que j'ai recueillis, parce que je veux avant tout qu'ils ne puissent laisser le moindre doute dans mon esprit. Ainsi donc, j'élague avec soin tous les cas très-nombreux d'une vaccination antérieure, suspecte ou peu apparente; tous ceux qui n'ont pas été soumis, par défaut de sujets, à l'épreuve décisive d'une nouvelle transmission; ceux encore où les boutons, altérés dans leur forme, soit par les ongles, soit par les vêtements de l'inoculé, par suite des démangeaisons qu'ils occasionnent ne m'offraient plus de garantie suffisante sur leur véritable nature; car il me semble qu'en pareille matière il s'agit moins de grouper des chiffres nombreux que d'appuyer les faits qu'ils représentent sur la plus exacte observation, sur l'authenticité la moins contestable.

VACCINÉS choisis parmi ceux dont les cicatrices étaient fort apparentes.		VACCINELLE plus ou moins développée ayant reproduit une bonne vaccination.	FAUSSE VACCINE. ou éruption nulle.
AGE.	NOMBRE		
0 à 10 ans	13	1	12
10 à 15	6	»	6
15 à 20	11	2	9
20 à 25	9	4	5
25 à 30	18	12	6
30 à 35	15	12	3
35 à 40	8	6	2
40 et au-des.	2	2	»
	82	39	43

Je me borne, en ce moment, à poser ces chiffres, sans en discuter la valeur, ni les connaissances pratiques qu'on peut en tirer. Je me réserve de le faire après l'examen d'une autre question qui se rattache trop bien à mon sujet pour ne pas mériter d'être traitée séparément.

Jusqu'ici je me suis tenu rigoureusement à une simple exposition des faits qui sont passés sous mes yeux, ou que j'ai reproduits à dessein. Maintenant je vais jeter un coup d'œil rapide sur l'opinion générale touchant la vaccinelle.

Dès 1818, M. Brice avait désigné sous ce nom la variété de fausse vaccine qui se rapproche le plus de la véritable.

M. Rayer, qui s'en est longuement occupé, le lui a conservé. Je tiens peu aux mots, mais il me semble que celui de vaccinoïde, dans les idées de ce dermatographe distingué, eût été plus convenable, et qu'en réservant celui de vaccinelle pour les degrés inférieurs de la fausse vaccine, il eût contribué à la perfection du langage médical, en même temps qu'il établissait une heureuse concordance entre les trois degrés de la vaccine (vaccine, vaccinoïde, vaccinelle) et les trois formes de la variole admises aujourd'hui (variole, varioloïde, varicelle). Quoi qu'il en soit, ces distinctions, purement spéculatives, sont-elles assez nettement tranchées pour ne laisser aucun doute dans l'esprit des observateurs? Y a-t-il, je le répète, des limites bien précises entre le degré supérieur de la fausse vaccine et le degré inférieur de la vaccinelle, par exemple, ou bien entre la vaccinelle à son plus haut point de perfection de la vaccine des adultes ou même quelquefois celle des enfants chétifs, malingres? Où donc commencent ces variétés? Où finissent-elles? Personne jusqu'ici, que je sache, ne l'a dit avec une précision suffisante. C'est donc un point de doctrine encore obscur qui attend sa solution de la voie d'expérimentation, la seule à suivre en pareille matière.

La propriété contagieuse ou non du fluide recueilli n'établirait-elle pas une distinction plus naturelle entre la vraie ou la fausse vaccine? Cette propriété se rencontre, ai-je dit, dans des degrés peu élevés de l'éruption jennérienne, alors qu'elle n'est pas encore vaccinelle et que déjà elle n'est plus fausse vaccine. Les inoculations fructueuses que j'ai obtenues quelquefois en fournissent la preuve. Je pense que toute ces variétés, qui n'ont, en dernière analyse, qu'une seule et même origine, n'offrent de résultats si divers que par des circonstances qui leur sont étrangères, ou plutôt qui sont purement individuelles aux sujets qu'elles atteignent. Ainsi, le même vaccin donnera à celui-ci la fausse vaccine, à celui-là la véritable, à cet autre la vaccinelle, selon que le premier aura été vacciné ou variolé depuis peu de temps, que le second sera resté étranger à l'action de l'un de ces virus, et que chez le troisième l'immunité acquise commence à décroître ou même est tout à fait éteinte. L'étude de cette décroissance est fort remarquable, mais difficile à faire, car peu d'individus se soumettent volontiers à des revaccinations périodiques, seul moyen pourtant d'étudier avec fruit ce point intéressant. Voici comment j'ai procédé sur moi-même. Depuis trois ans (j'en ai trente-cinq) je me suis régulièrement vacciné de six mois en six mois. Pendant deux ans je n'ai rien obtenu que de petites élevures passagères; puis est venue une fausse vaccine, promptement abortive, puis une autre plus persistante. Enfin, tout récemment, j'eus un bouton, faiblement deprimé à son centre d'un aspect assez différent encore de la vaccinelle, dont les périodes d'incubation, de développement, de dessiccation, ont duré vingt-trois jours. N'ai-je pas le droit de croire que la puissance préservative de ma première vaccination s'affaiblit notablement, et qu'en persistant avec la même régularité j'arriverai bientôt à quelque chose de plus complet que tout ce que j'ai obtenu jusqu'ici? Un fait isolé n'a pas grande importance, je le comprends; mais si je le rapproche des essais dont j'ai rendu compte, je ne puis lui refuser, du moins, une certaine valeur confirmative.

Voyons maintenant quelles sont les causes de la vaccinelle d'après M. Rayer.

Ce sont : 1° l'inoculation de la vaccine sur des sujets qui ont déjà été vaccinés;

2° L'inoculation de la vaccine sur ceux qui ont eu la variole naturelle ou inoculée;

3° L'inoculation simultanée de la variole et de la vaccine,

4° L'insertion du vaccin pendant l'incubation de la variole ou pendant la fièvre primaire varioleuse;

5° L'insertion accidentelle du cowpox sur un sujet qui a eu la variole.

Sans doute, sur un très-bon nombre de vaccinés et sur quelques variolés, on obtient aisément la vaccinelle. Mais ce qu'on n'a pas dit encore, que je sache, c'est qu'il faut tenir compte de l'âge des sujets, qui modifie puissamment le développement de cette éruption. Ainsi chez ceux ayant moins de vingt-cinq ans je n'ai réussi que sept fois sur trente-neuf, tandis que je trouve trente-deux succès sur quarante-trois chez ceux qui avaient dépassé cet âge (voir le tableau ci-dessus). Tous, je le répète, ont été choisis à dessein parmi

ceux qui offraient les plus belles traces d'une bonne vaccination, pratiquée dans les premiers temps de la vie, ce qui est encore, comme je l'ai déjà dit, une condition essentielle; car plus on est éloigné de la première insertion, plus la vaccinelle est bien développée, plus aussi elle se rapproche de la vaccine.

Je suis porté à croire qu'il en est de même pour les variolés, et qu'il faut réunir la double condition de l'âge, et d'un assez grand éloignement de l'époque de la vie où ils furent frappés. Chez ceux qui ont moins de trente ans, j'ai remarqué que la vaccine ne se développait pas ou avortait rapidement. Dans un âge plus avancé, j'ai vu cinq à six fois la vaccinelle ombiliquée qui a repris, par une nouvelle transmission, l'aspect de la meilleure vaccination. Parmi ces faits, je citerai une dame de cinquante-huit ans, variolée dans son enfance, en même temps que ses frères et sœurs, dont quelques-uns sont assez défigurés, chez laquelle, après plusieurs tentatives, j'obtins deux boutons *nacrés* qui se sont parfaitement reproduits chez les enfants que j'ai soumis à cette épreuve. J'ai tout récemment fait la même observation chez une femme de vingt-neuf ans, mais ici les boutons étaient couleur hortensia, ce qui n'a nui en rien à leur reproduction sur plusieurs sujets. Néanmoins, mes succès sur les variolés sont très-loin d'être aussi nombreux que sur les vaccinés de vingt-cinq à quarante ans.

Comme il ne m'est jamais arrivé d'inoculer à la fois la variole et la vaccine, je passe volontiers sur cette cause de la vaccinelle. Seulement je dois dire incidemment que j'ai vacciné trois fois avec du vaccin pris sur des varioleux pendant les différentes périodes de la maladie, et trois fois j'ai pu constater la vaccine la plus régulière. Ce n'est là qu'une nouvelle consécration de tout ce qu'on a déjà tenté si souvent sur cet important sujet.

Je ne sais jusqu'à quel point M. Rayer a pu s'assurer des modifications que la variole peut faire subir au développement de la vaccine, lorsque ces deux éruptions sont aux prises sur le même sujet. Mais en admettant cette cause, n'est-ce pas avouer que la variole atténue puissamment l'action de ce virus, puisqu'elle aurait, dans ce cas, le pouvoir de le faire déchoir au degré de vaccinelle, laquelle, d'après M. Rayer, ne jouit d'autre vertu préservative. Or, la variole enlèverait donc au vaccin son plus heureux privilége! Il ne suffirait pour cela que de les mettre en présence. Mais ce n'est pas là ce qu'ont dit les vaccinateurs les plus expérimentés, bien au contraire. Dans le cours de l'épidémie actuelle, il m'est arrivé de vacciner dans la période d'incubation de la variole, alors que la fièvre d'éruption était dans toute sa violence, et même lorsque les pustules pointaient à la face, et chaque fois je n'ai remarqué aucune altération, soit dans la marche, soit dans la forme de la vaccine, moins encore dans sa propriété contagieuse. Souvent j'ai constaté un amendement rapide dans la variole, laquelle se trouvait quelquefois réduite aux proportions d'une simple varioloïde, c'est-à-dire que la période dite de suppuration, la plus dangereuse de toutes, manquait ou était notablement affaiblie; toutefois lorsqu'en raison du jour de son insertion la vaccine ne se montrait qu'après la sortie complète de la variole, celle-ci n'était plus influencée par elle dans sa seconde période, sans que pour cela la première fût privée de ses propriétés, ainsi que me l'ont suffisamment démontré les heureux résultats que j'obtenais de son inoculation.

Quant à la cinquième cause de la vaccinelle (l'insertion accidentelle du cowpox sur un sujet déjà variolé), elle me paraît superflue puisqu'elle rentre entièrement dans la seconde, à moins, ce que je ne pense pas, que M. Rayer n'accorde au cowpox une puissance de préservation plus grande qu'à la vaccine transmise depuis plus de quarante années. Cette opinion compte des partisans, en tête desquels il faut ranger M. Fiard, qui est en même temps un intrépide champion des revaccinations. Cette question, dont le temps seul peut amener la solution satisfaisante, est vivement agitée depuis plusieurs années. Cependant depuis que M. le docteur Perdrau a retrouvé le cowpox à Passy, on a multiplié les expériences nécessaires pour dissiper tous les doutes, et il en est résulté que si le cowpox, dans ses premières transmissions à l'homme donne lieu à une éruption plus franchement inflammatoire, ces phénomènes s'affaiblissent bientôt à tel point que, dès la troisième génération, le vaccin primitif ne diffère plus de celui dont on se sert depuis la découverte de Jenner. Ainsi je crois que l'insertion accidentelle du cowpox à un variolé ne produirait peut-être que des phénomènes plus prononcés, lesquels n'acquerraient une véritable importance qu'autant que l'âge du sujet l'éloignerait davantage de l'époque de la maladie.

Je crois inutile de pousser plus avant l'analyse des causes de la vaccinelle selon M. Rayer et la plupart des auteurs, et je conclus, d'après les faits exposés ci-dessus, que cette éruption n'a rien de spécial, comme on le prétend, puisqu'elle est impropre à se reproduire sans subir aussitôt une modification ou qui la dénature en pseudo-vaccine ou qui la régénère en lui rendant tous les caractères voulus d'une bonne vaccination. Ce n'est donc point, ainsi qu'on le répète, un produit bâtard, altéré de la vaccine, mais bien la vaccine elle-même, modifiée dans quelques-uns de ses caractères typiques, sans qu'elle soit privée pour cela de son pouvoir contagieux, préservatif, antivariolique. En un mot, et pour compléter ma pensée, c'est la vaccine des vaccinés ou des variolés chez lesquels l'immunité donnée paa l'une ou l'autre de ces maladies décroît ou s'éteint. Ce qui semble le prouver, c'est que les altérations de la pustule qui ont fait *inventer* le vaccinelle sont d'autant moins prononcées que les sujets sont plus éloignés de leur première imprégnation, tandis que dans une période

peu avancée de la vie on observe précisément le contraire, puisque de degrés en degrés l'on arrive à une fausse vaccine dont la durée ne dépasse pas quelquefois plus d'un ou deux jours.

Si l'on me demande maintenant quel est le caractère essentiel de la vaccine, je réponds que c'est l'ombilication de la pustule. Pour moi tout bouton blanc, fût-il nacré, s'il n'offre pas à son centre une dépression, même légère, m'est suspect, et ses transmissions, la plupart infidèles, justifient bientôt ma défiance; tandis qu'un bouton jaunâtre, livide, voire même tirant sur le violet, s'il est ombiliqué, même faiblement, reproduit une éruption semblable, si ce n'est sous le rapport de la couleur; éruption qui variera, ai-je dit, selon l'âge du sujet ou les maladies analogues qui l'auront antérieurement frappé.

L'on comprendra que si je m'arrête aussi longtemps sur la vaccinelle, si j'étudie assez longuement ses caractères et les circonstances qui la développent, c'est qu'une connaissance plus parfaite de la véritable nature de cette éruption peut être d'un poids immense dans l'importante question des revaccinations, ou plutôt c'est qu'elle la résoudrait sans réplique. En effet, les adversaires d'une seconde inoculation, perdant chaque jour du terrain devant des milliers de faits qui militent contre eux de toute part, se sont enfin retranchés dans une dénégation absolue touchant la qualité des pustules obtenues dans ce cas. Ils vont partout répétant qu'en Allemagne, en Danemark, en Suède, l'on confond la vaccinelle avec la vraie vaccine, faisant ainsi aux médecins, souvent remarquables, de ces nations, l'injure de les croire incapables de distinguer entre elles les différentes apparences vaccinales, ou, ce qui est plus grave encore, celle de mettre en doute leur probité scientifique, ce cachet essentiel de tout travail médical. Mais que devient cet argument, le seul qui survive aujourd'hui, si j'ai réussi à démontrer que la vaccinelle et la vaccine proprement dite sont identiques au fond, et ne diffèrent entre elles que par des modifications dans les formes; que ces dissemblances, qui roulent seulement sur la couleur des boutons et sur leur développement plus ou moins hâtif, ne sont que momentanées et particulières aux sujets déjà vaccinés ou variolés, et qu'elles disparaissent sans retour chez ceux qui sont restés étrangers à ces deux éruptions? Or, si l'on admet avec moi la plus parfaite analogie entre la vaccinelle et la vaccine, la question si vivement débattue des revaccinations n'est elle pas aussitôt victorieusement résolue? Car comment échapper à ce dilemme qui résume parfaitement la discussion: ou la vaccinelle n'est qu'une variété sans valeur de la vaccine, ou bien c'est la vaccine elle-même momentanément mitigée. Dans le premier cas, je demande à quels signes l'on peut distinguer la vaccine de la vaccinelle à sa seconde génération? Si au contraire c'est la vaccine elle-même, n'en faut-il pas conclure que tous ceux chez lesquels elle se manifeste ont été revaccinés avec succès, et, *à fortiori*, qu'ils avaient besoin de l'être, puisqu'il est assez généralement reconnu que la vaccine ne se montre que sur les individus aptes à contracter la variole. Certes le nombre des revaccinés est assez grand aujourd'hui pour qu'on veuille bien m'épargner l'argument, tant usé, de la prédisposition qu'ont quelques individus à contracter deux fois la variole ou la vaccine, car, dans l'espèce, l'exception deviendrait la règle.

Je pense donc que l'action préservative de la vaccine n'est que temporaire. L'on a peine à comprendre comment les ardents propagateurs de ce puissant bienfait, ces hommes qui méritent une éternelle reconnaissance, aient pu abuser à ce point de l'induction que, dès l'origine de cette brillante découverte, ils n'ont pas craint de proclamer son infaillibilité, et d'assurer qu'elle accompagnait et protégeait l'homme pendant toute sa carrière. Qu'en savaient-ils? N'eût-il pas été plus sage de laisser au siècle suivant la solution de ce problème, alors insoluble, ou d'attendre au moins la disparition de la génération vaccinée?

Mais, disent les partisants de la préservation absolue, illimitée, Jenner tenta vainement une nouvelle inoculation sur de très-vieilles femmes atteintes du cowpox dans leur enfance. A cela ne peut-on pas répondre qu'outre que l'absorption cutanée est presque nulle dans la vieillesse et par suite toute inoculation difficile, Jenner, quelque habileté d'observation qu'on lui suppose, a-t-il pu toujours constater suffisamment l'exactitude des faits rapportés par les sujets soumis à ses investigations? Mais les cicatrices, dira t-on? Personne n'ignore, je crois, que toutes s'effacent par les progrès de l'âge, sinon complétement peut-être, mais assez, à coup sûr, pour laisser souvent des doutes sur leur véritable origine. Pourquoi donc les cicatrices vaccinales feraient-elles exception à cette loi physiologique? Déjà il n'est pas très-difficile signaler un faible commencement de disparition chez les plus anciens vaccinés. Que sera-ce lorsqu'ils auront soixante-dix à quatre-vingts ans? Quant au mécanisme de cette disparition, qui n'a pas encore été étudié, que je sache, il est assez curieux. Il m'a paru que ce sont les points noirâtres du centre, ceux qui correspondent, par conséquent, aux cicatricules du derme, qui s'effacent les premiers, en sorte que *jusqu'ici* la disparition ne porte pas encore sur l'ensemble de la cicatrice, mais bien sur son principal caractère, celui qui la différencie de toute autre lésion analogue. Tout le monde sait qu'il en est ainsi pour les traces de la variole même la plus confluente. Elles deviennent peu apparentes dans la vieillesse et perdent également le *pointillé* qui leur est propre: et cela d'autant mieux que la maladie s'est montrée dans le premier âge.

C'est au milieu de la sécurité la plus profonde que vinrent surgir tout à coup des épidémies meurtrières, qui n'épargnèrent pas les vaccinés. Alors des doutes s'élevèrent de toute part sur la puissance illimitée de la vaccine.

Bientôt les succès incontestables des revaccinations achevèrent d'enlever aux moins crédules leur dernières illusions. Les faits les plus authentiques se multiplièrent à tel point que plusieurs gouvernements rendirent obligatoire une nouvelle inoculation. La France seule, elle qui marche ordinairement à la tête de tous les progrès, resta indifférente et comme hors de cause, en présence des vifs débats qui agitaient ses voisins. L'Académie royale de médecine de Paris, ce corps qui devrait être le grand régulateur de tout mouvement de la science, donna elle-même, en 1838, une éclatante sanction à l'opinion ancienne en rejetant, sans presque les discuter, les propositions que le gouvernement lui faisait à ce sujet. Néanmoins l'académie des sciences, qui semble incliner vers l'opinion contraire, ou du moins qui ne la croit pas indigne d'un examen sérieux, proposait, peu de temps auparavant, cette question pour sujet du prix qu'elle décernera en 1842.

C'est là le premier, le seul encouragement officiel qui ait encore été donné en France au zèle des revaccinateurs.

Mais, en dehors de ces grandes corporations scientifiques, notre pays peut aussi compter de bons esprits, d'infatigables observateurs qui n'ont point tardé à répéter, à enrichir de faits nouveaux, concluants, pour la plupart, les expériences des étrangers. L'on doit à M. Robert, de Marseille, à M. Truffard, de Montbéliard, à M. Fiard et quelques autres encore, des travaux fort remarquables sur cette matière. Plusieurs notabilités médicales, à l'exemple de Thompson et de Grégory, ces dignes émules de Jenner, après avoir repoussé les revaccinations comme dangereuses, figurent aujourd'hui parmi leurs plus ardents partisans. Déjà M. Bousquet lui même, qui professait sur la vaccine les doctrines les plus exclusives, les a singulièrement modifiées dans ce qu'elles ont de plus vital. Ainsi il n'est pas éloigné aujourd'hui d'admettre, avec M. Fiard, son pressant antagoniste, la génération du virus vaccin et par suite la nécessité de le renouveler à sa source primitive. Je ne crois pas à cette nécessité, puisque, comme je l'ai dit plus haut, j'ai pu m'assurer par moi-même que le cowpox, après un très-petit nombre de transmissions, ne fournissait plus une vaccination autrement active que celle qu'on obtient de l'ancien virus; mais j'entrevois dans un prochain avenir que, par suite de cette première concession, cet honorable vaccinateur sera logiquement entraîné dans les rangs de ses anciens adversaires.

Certes une défection aussi importante, qui en amènera tant d'autres après elle, n'aurait rien qui dût surprendre. N'appartient-il pas aux hommes distingués qui recherchent avant tout la vérité de lui sacrifier jusqu'à leurs convictions les plus profondes? Ce ne sont que les esprits étroits et routiniers qui s'attachent opiniâtrément à l'erreur, par cela même qu'ils l'ont toujours encensée.

Peut-on arriver à déterminer les limites de préservation de la vaccine?

Je penche volontiers à le croire. Mais il faut pour cela que les relevés statistiques qui abondent aujourd'hui mentionnent soigneusement l'époque précise de la première vaccination, seul moyen d'éviter bien des erreurs préjudiciables. Déjà plusieurs médecins, nationaux ou étrangers, ont tenté la solution de cette question. Les résultats si opposés auxquels ils sont arrivés prouvent assez qu'ils n'y ont pas réussi jusqu'à présent. Il me serait bien facile, à l'aide de l'excellent travail de M. Dézeimeris, de rapporter quelques-uns de ces essais, et d'étaler ainsi un vain luxe d'érudition d'emprunt. Telle n'est pas mon intention, je n'ai voulu consigner dans cette note que *ce que j'ai vu* et non pas *ce que j'ai lu*, laissant à d'autres le soin délicat de généraliser les faits, jusqu'ici épars çà et là, et de coordonner les matériaux qui constitueront peut-être un jour la base immuable de nos connaissances sur la vaccine. Pourtant, s'il m'est permis de raisonner d'après le relevé que j'ai présenté plus haut, il en résulte évidemment que si l'on examine la totalité des âges, je compte des succès sur près de la moitié de mes revaccinations, succès ainsi répartis :

Sept sur trente-neuf jusqu'à vingt-cinq ans:

Trente-deux sur quarante-trois après cet âge.

Cette proportion augmente encore après trente ans révolus puisque je trouve vingt succès sur vingt-cinq opérations.

1 succès	sur	19	opér. dans	les 15 pr. ann.
2	—	11	—	de 15 à 20 ans.
4	—	9	—	de 20 à 25.
12	—	18	—	de 25 à 30.
12	—	15	—	de 30 à 35.
6	—	8	—	de 35 à 40.
2	—	2	—	de 40 et au-d.
—		—		
39 succès.		82 revaccinations.		

D'où l'on peut conclure que s'il est vrai que la majeure partie des vaccinés au dessous de vingt ans est encore préservée, il faut admettre que la puissance de la vaccine s'affaiblit de vingt à vingt-cinq, décroît rapidement de vingt-cinq à trente, et s'éteint ou devient presque nulle après cet âge.

Si j'examine maintenant les conséquences pratiques de ces chiffres, je trouve qu'en temps d'épidémie, tout individu de vingt ans doit être revacciné, et qu'il faut recommencer peu d'années après si l'on n'obtient que la fausse vaccine; que, hors le temps d'épidémie, il est sage de tenter la revaccination après vingt-cinq ans accomplis, sauf à la répéter si elle échoue, même incomplétement, tandis qu'après trente ans on doit revacciner jusqu'à parfait succès.

Dans cet état de choses, je crois fermement que tout médecin vraiment digne de ce nom ne peut plus rester étranger à cette importante question, et que le moment est

venu où chacun doit fournir sa part d'observations, quelque faible, quelque imcomplète qu'elle puisse être, pour arriver à lever jusqu'au dernier les doutes qui l'environnent encore. Il faut que chacun retrouve pour les revaccinations le zèle, le dévouement, et, par-dessus tout, le noble désintéressement qui furent autrefois nécessaires pour populariser les incontestables succès de l'opération jennérienne; car je le dis hautement, au risque de blesser certaines susceptibilités, je ne suis pas de ceux qui répètent hypocritement que soulever dans le public des doutes sur la préservation à toujours de la vaccine, c'est compromettre l'avenir de cette découverte, encore mal consolidée dans certaines classes, dans certains pays. Je dis, au contraire, que la découverte de Jenner, la plus belle dont la science puisse se glorifier, ne sera complète qu'autant que l'on connaîtra avec exactitude les limites de son pouvoir protecteur. C'est alors seulement qu'elle recouvrera tout l'éclat, tout le prestige, toute la confiance, dont la multiplicité de ses insuccès dans les grandes catastrophes varioliques tend chaque jour à la dépouiller.

C'est pour participer autant qu'il est en moi à cette œuvre d'humanité que j'ai rassemblé les expériences auxquelles je me suis livré, sans vouloir les étayer de celles des autres, sans vouloir examiner jusqu'à quel point elles se rapprochent ou s'éloignent de celles que l'on connaît jusqu'à présent sur cette matière. Q'importe si mon travail est entaché de redites ou de choses devenues vulgaires peut-être? Ne renfermât-il que la confirmation d'un seul fait jusqu'ici douteux ou contesté, n'aurais-je pas encore le droit de me féliciter de ce modeste résultat?

DOURLEN, D.-M.

III. De la valeur du bruit de soufflet dans la péricardite, comme signe diagnostique.

Longtemps ignorée et dans les symptômes qui la traduisent, et dans la lésion qui la constitue, la péricardite n'a pris rang dans nos cadres nosologiques que depuis Laënnec : inversement à ce qui est arrivé pour la plupart des maladies, qui se sont presque toutes trouvées admirablement classées, avant que l'observation nécroscopique n'en indiquât un des caractères importants, la péricardite est entrée dans la science par la voie de l'anatomie pathologique : Laënnec lui-même, malgré toute la sagacité de son observation, n'a connu de cette maladie que ce qu'en montre le cadavre, aussi a-t-il pu dire, comme le rapporte M. Louis, qu'il l'avait quelquefois devinée, mais que dans l'état actuel de la science, il n'est aucun moyen d'en établir le diagnostic. Si au contraire nous nous en rapportons aux observations de quelques observateurs modernes, l'obscurité qui enveloppait la partie symptomatologique de cette affection est complétement dissipée, et il n'est guère plus difficile aujourd'hui de reconnaître une péricardite, qu'une pleurésie ou un rhumatisme articulaire : ce qui rend d'autant plus inconcevable l'ignorance de Laënnec à cet égard, c'est que ces observateurs sont arrivés à la certitude de diagnostic qu'ils proclament, précisément par la méthode de l'auscultation et de la percussion, qui est ici demeurée stérile entre les mains de son inventeur. Bien que nous sachions de reste que celui qui ouvre une voie nouvelle dans une science n'y pose souvent que quelques jalons, comme pour guider ceux qui l'y doivent suivre, nous comprenons pourtant difficilement que la réalité de l'état morbide dont nous parlons ayant été une fois constatée par Laënnec, il n'ait rien saisi des symptômes saillants par lesquels, dit-on, celui-ci s'exprime. M. Louis, dans un mémoire plein d'intérêt qu'il a publié, il y a quelques années, sur la péricardite, résout une partie des difficultés du sujet, mais, demandant vainement à l'auscultation quelques-unes des données importantes auxquelles elle conduit dans d'autres états morbides du cœur, laisse le diagnostic indécis dans un grand nombre de cas. D'autres médecins, non moins recommandables que ceux que nous venons de citer, poursuivent pendant plusieurs années les mêmes recherches, et ne sont pas plus heureux. Étonné que l'auscultation pratiquée par des hommes aussi habiles n'ait conduit pendant si longtemps qu'à des résultats complétement négatifs, réfléchissant d'un autre côté sur la nature des symptômes spéciaux fournis par le mode d'exploration dans la péricardite, nous nous sommes demandé si l'on avait donné à ces symptômes le sens qu'ils ont réellement, et s'ils ne doivent pas, dans certains cas au moins, être interprétés comme l'expression symptomatique d'un état morbide tout autre qu'une inflammation du péricarde : or nous croyons que l'observation attentive du fait nous autorise à résoudre affirmativement cette dernière question.

Dans l'histoire de la péricardite, telle qu'on l'a faite de nos jours, il est un point sur lequel nous voulons tout d'abord fixer l'attention, c'est celui de l'étiologie de cette affection : c'est comme complication du rhumatisme articulaire aigu, de la pneumonie ou de la pleurésie qu'on l'a surtout observée; dans le premier cas quelques-uns l'ont considérée comme le résultat d'une révolution métastatique; dans les deux autres cas, on l'a principalement regardée, soit comme l'effet de l'extension de l'inflammation du poumon ou de la plèvre au péricarde, soit comme le résultat simultané de l'influence, telle quelle, qui avait déterminé la phlegmasie pulmonaire ou plévrale. N'oublions pas d'ailleurs que, lorsque la péricardite survient au milieu de semblables conditions, les douleurs de la région précordiale, qui pourraient donner l'éveil sur la phlegmasie de l'enveloppe du cœur, manquent presque toujours, obscurcies, effacées qu'elles sont, dit-on, par les douleurs plus vives, soit de la plèvre, soit des articulations; et puis au début du mal, la percussion ne saurait donner aucun enseignement de quelque valeur : reste donc comme

moyen unique de diagnostic, l'auscultation. C'est ici, c'est dans l'interprétation des résultats fournis par cette méthode d'investigation, que plusieurs observateurs contemporains qui ont écrit sur la péricardite nous paraissent être tombés quelquefois dans une erreur grave, soit sous le rapport du diagnostic, soit sous le rapport de la thérapeutique; c'est cette erreur que nous voulons signaler, c'est ce point important de pratique que nous voulons éclaircir.

Le bruit anormal du cœur, qui, suivant ces observateurs, suffit en l'absence des autres signes, qui manquent souvent, pour caractériser la péricardite, est un bruit imitant assez bien le bruit de soufflet, de râpe, de lime ou de scie, bruit de frottement variable en un mot, mais ordinairement bruit de soufflet. Les dénominations multiples, par lesquelles on a désigné ce bruit, montrent assez qu'il n'est pas toujours exactement le même, ou bien qu'il est perçu différemment par les divers expérimentateurs.

Il n'y a rien là du reste qui doive surprendre; tous ceux qui ont quelque habitude de l'auscultation savent combien il est difficile d'exprimer par des mots les nuances fugitives que présentent les nombreux bruits anormaux qui se passent au sein des organes malades; mais ces bruits, quels qu'ils soient, et quelle que soit leur signification diagnostique, n'ont point ici un caractère de spécialité si réelle, qu'on n'en rencontre d'analogues, peut-être d'identiques dans d'autres états morbides; tout le monde a nommé ces affections, ce sont la chlorose, l'anémie symptomatique, c'est l'état d'oligaimie, qui suit les grandes hémorrhagies. Or, si nous ne nous abusons, ce rapprochement de faits, d'ailleurs si dissemblables sous tant de rapports, jette déjà une grande lumière sur la question, telle qu'elle se pose en face de certaine méthode thérapeutique, celle des saignées à haute dose. Nous avons vu plus haut que c'est principalement comme complication de la pleuro-pneumonie, du rhumatisme aigu, que la péricardite a été observée, et dans ces cas, rappelons-le-nous aussi, le bruit de soufflet suffit pour caractériser le développement de cette maladie incidente; maintenant nous le demanderons, avant de faire de ce symptôme unique le signe pathognomonique de la phlegmasie du péricarde, a-t-on réfléchi aux conditions d'hématose que crée la méthode thérapeutique employée pour combattre les maladies primitives? s'est-on assuré que le bruit anormal du cœur n'avait point sa cause dans l'abondante et brusque perte de sang qu'on fait subir aux patients en pareille circonstance? pour nous, nous croyons que c'est là un élément important dans la question que nous soulevons ici, et comme nous ne voulons pas nous borner à de simples inductions théoriques, nous allons exposer rapidement quelques faits, qui appuieront de leur autorité les réflexions précédentes :

Un jeune homme, à peine âgé de vingt ans, pour se venger des prétendus torts de son père envers lui, met le feu à la maison que celui-ci habite; dans la vue de se soustraire aux conséquences d'un crime aussi épouvantable, le coupable tente de se suicider au moyen d'un instrument tranchant, qu'il se plonge dans le cou; comme il arrive souvent en pareille circonstance, l'incision qui divise la trachée artère dans les trois quarts de sa circonférence, n'atteint pourtant pas les gros vaisseaux; cependant une hémorrhagie assez considérable a lieu; le blessé tombe sans connaissance baigné dans son sang. Malgré cette hémorrhagie, une réaction assez forte a lieu le soir même de l'événement, une saignée de bras est pratiquée; quelques jours plus tard, les symptômes inflammatoires se développant, amènent un nouveau mouvement réactionnel, qui oblige à pratiquer une seconde saignée, une application de sangsues autour de la plaie, ces moyens sont suivis d'un plein succès, et la cicatrisation de la plaie par première intention, marche sans entrave. Cependant, l'état du sang tiré par la lancette, avait frappé mon attention par son aspect rutilant, qu'expliquait du reste parfaitement la largeur de la glotte traumatique par laquelle l'air s'engouffrait dans la cavité pulmonaire; j'auscultai le cœur, et entendis un bruit de soufflet un peu âpre, tout à fait semblable à celui de la péricardite. Ce bruit anormal a persisté pendant plusieurs jours avec le caractère le plus tranché, puis s'est éteint et a disparu. Le blessé, qui est aujourd'hui sous la main de la justice, a guéri; nous avons été par conséquent privé des lumières de l'autopsie. Etait-ce là une péricardite? mais il n'y eut aucune douleur à la région précordiale, il n'y eut aucune irrégularité dans le pouls, et ce qui pour nous est décisif, c'est que le bruit de soufflet n'a point précédé, mais a suivi les saignées, et que pendant les quelques jours qu'il se fit entendre, le pouls nous offrit une remarquable rareté, et ne donnait pas plus de quarante à quarante-deux pulsations par minute.

Voici un second fait, qui est plus probant encore que celui que nous venons de citer, en ce qu'ici nous avons l'autopsie pour confirmer les vues du diagnostic. Un enfant de deux ans et demi ou trois ans est atteint de croup, un nombre de sangsues beaucoup trop considérable pour un enfant de cet âge est employé dans un très-court espace de temps. Nous dirons en passant, pour la justification du médecin ici en cause, qu'il s'était laissé abuser, par la vigueur que le pouls avait conservée après la première application de sangsues, circonstance qui ici ne motive point toujours aussi clairement que chez les adultes la répétition des émissions sanguines; quoi qu'il en soit, le bruit de soufflet, qui existait déjà après la première application de sangsues, se développe d'une manière bien tranchée après la seconde application, et persiste jusqu'à la mort. L'autopsie est pratiquée, et aucune lésion n'est rencontrée soit dans le cœur, soit dans ses enveloppes, qui explique le bruit anormal perçu pendant la vie. Nous le demanderons encore une fois, si ce bruit n'est point déterminé par les

conditions d'hématose, sous l'influence desquelles on le voit survenir dans les grandes hémorrhagies, dans l'anémie ou dans le chlorose, à quelle cause le rapporter?

Nous citerons un troisième fait et nous bornerons là, persuadé que nous sommes qu'il aura suffi d'appeler l'attention des observateurs sur ce point important de pratique pour que la question que nous abordons ici ne tarde point à être mise hors de litige. Un jeune homme d'une assez forte constitution, couché dans les salles de M. Andral, à la Charité, est atteint d'une pleuro-pneumonie au premier degré, qu'on traite par la méthode des émissions sanguines à haute dose; bientôt, sous l'influence de ce traitement, un bruit de soufflet manifeste se développe à la région du cœur; mais aucun autre symptôme propre à caractériser une péricardite ne s'ajoute à celui-ci; certains observateurs n'eussent point manqué d'établir sur ce seul symptôme l'existence de cette dernière maladie; M. Andral, plus circonspect, suspend son jugement, et bien lui en prit, car dès le lendemain ce bruit de soufflet avait cessé de se faire entendre, en même temps que le cœur battait moins fréquemment et surtout que ses contractions, moins énergiques, expulsaient avec moins de force la colonne sanguine. Nous croyons en effet, avec MM. Hoppe et Bricheteau, que la vitesse avec laquelle ce sang circule, a quelque influence sur la production du bruit de soufflet du cœur, mais nous estimons que la principale cause de ce phénomène réside dans la diminution lente ou brusque de la masse sanguine, sans nier toutefois que les variations qui surviennent si fréquemment dans les proportions des éléments constitutifs du sang y soient complétement étrangères.

Quelques résultats d'expériences faites par le médecin anglais que nous venons de citer doivent être rapprochés des faits cliniques que nous avons rapportés tout à l'heure; nous allons les esquisser rapidement. Ce médecin saigne plus ou moins fréquemment, mais à des intervalles assez rapprochés, un certain nombre de chiens : or, après la première et la seconde saignée, bruit de soufflet; à mesure que les saignées sont répétées, l'impulsion augmente, se précipite, le bruit de soufflet se prononce à un degré extrême, et il existe non-seulement à la région du cœur, mais encore dans les grosses artères superficiellement situées, où il est très-facile de le saisir à l'aide du stétoscope. C'est là certainement un résultat très-remarquable, qu'on eût dû méditer avant de conclure aussi vite qu'on l'a fait, et qui jette une vive lumière sur le point important de pathologie que nous examinons ici. En face de ces faits, s'il est une chose dont il faille s'étonner, c'est que la méthode des émissions sanguines coup sur coup, qui reproduit si parfaitement l'expérience de M. Hoppe, ne conduise pas plus souvent à un résultat identique; mais cela tient peut-être à ce que l'attention des observateurs ne s'est point suffisamment fixée, dans l'expérimentation de cette méthode, sur le centre de la circulation : l'éveil une fois donné sur ce point, peut-être les faits se multiplieront-ils.

Il s'agirait maintenant de rechercher le mécanisme même de la production du bruit de soufflet dans les conditions d'hématose que nous venons d'examiner; mais les difficultés qui entourent cette question, quand il s'agit de déterminer le mécanisme des bruits normaux du cœur, se reproduisent ici compliquées de difficultés nouvelles. Toutefois, comme nous l'avons déjà indiqué, la cause éloignée de ce bruit paraît fort probable, c'est la diminution et en même temps la vitesse augmentée du fluide sanguin; cette seconde condition nous paraît importante, car seule peut-être et par sa variabilité même, elle explique l'inconstance fréquente du phénomène : l'existence de cette double modification du système sanguin dans la plupart des états morbides si dissemblables d'ailleurs, où ce bruit anormal apparaît avec un caractère tranché, tend à établir la légitimité de cette explication : quant à la cause prochaine, immédiate, si l'on veut le mécanisme du phénomène, nous ne risquerons ici qu'un mot, l'insuffisance du sang, par assimilation à la dénomination déjà admise, l'insuffisance des valvules, qui réalise d'une manière analogue, mais inverse le même phénomène. Nous n'attachons du reste guère d'importance à cette explication, que nous donnons ici pour valoir ce qu'elle pourra.

En résumé, lorsque, dans le cours d'une pneumonie, d'une pleurésie, d'un rhumatisme articulaire ou de toute autre maladie, auxquels on oppose la méthode des émissions sanguines à haute dose, il survient un bruit de soufflet à la région du cœur, ce symptôme, lorsqu'il existe seul, ne suffit point, comme on l'a dit, pour établir le diagnostic d'une péricardite, car ce symptôme se lie souvent aux conditions d'hématose déterminées par le mode de traitement même qui a été suivi; force nous est alors d'en revenir à la *divination* de Laënnec, que nous croyons tant avoir dépassé.

Max. Simon.

IV. De la cautérisation des bubons.

La cautérisation que je pratique depuis plus d'un an, toujours avec succès comme je pourrai le constater par un grand nombre d'observations que j'ai soigneusement recueillies et que je me propose de mettre au jour plus tard, a des avantages immenses sur toutes les autres méthodes de traitement; de plus, d'après les bons effets que j'ai obtenus aussi de la cautérisation sur quelques tumeurs scrofuleuses à l'état dur, et sur quelques abcès froids, me font espérer quelle deviendra un jour un traitement général pour tous les engorgements glandulaires; seulement, j'ai cru observer que dans les tumeurs scrofuleuses, une seule cautérisation ne suffit pas toujours, ce qui peut tenir quelquefois au volume des

tumeurs, mais principalement à leur état d'indolence.

Ceux de mes confrères qui ont suivi mes cautérisations m'ont vivement engagé à faire connaître au plus tôt cette méthode, et j'ose espérer que sa simplicité et ses bons résultats la feront adopter dès qu'elle sera connue.

Cette opération est très-simple, elle ne demande aucun pansement; seulement dans les cas où les bubons sont déjà abcédés, il faut un peu de charpie sur les parties pour absorber le pus.

Les instruments dont je me sers sont, 1° un fer à cautère fin, d'une ligne à une ligne et demie de diamètre, terminé en pointe mousse, et d'environ six à huit pouces de long, auquel est adapté un manche en bois; 2° un petit conducteur en fer, dont la forme est celle de deux petits cônes creux réunis par leurs sommets, leur cavité communiquant par une petite ouverture pratiquée dans le fond pour laisser passer librement le cautère : la cavité de l'un sert à embrasser et à fixer le sommet de la tumeur, et l'autre reçoit et dirige le cautère, l'empêche de glisser sur la convexité de la tumeur, et limite le point à cautériser; cet instrument porte aussi un manche en bois, pour pouvoir le maintenir sans danger au moment de l'opération.

Le fer doit être rougi à blanc, enfoncé dans le centre de la tumeur au moyen du conducteur, de manière à pénétrer dans le tissu même de la glande, ce qui est annoncé par le défaut de résistance qu'on éprouve ordinairement après avoir percé la peau, le tissu cellulaire et la paroi de la glande. Il y a à ce moment de pénétration dans l'organe malade une chute de l'instrument qu'on sent mieux qu'on ne la peut décrire, comme si le cautère tombait dans un vide.

Dès que la pénétration est effectuée, on doit retirer l'instrument, sinon la cautérisation comprendrait une plus grande étendue, et l'escharre, en se détachant, donnerait une ouverture trop grande, qui permettrait à l'air de s'introduire librement dans le foyer; c'est précisément ce qu'on doit éviter, car c'est un des avantages de cette cautérisation dans les tumeurs qui renferment du pus; tandis que lorsque l'ouverture est petite, le pus sort peu à peu, sans que l'air puisse y pénétrer. On évite par là les effets toujours funestes de cet agent sur ce liquide; mais les avantages de la cautérisation sont bien plus grands sur les bubons à l'état aigu; s'il y a douleur, quelque forte qu'elle soit, elle cesse instantanément comme par enchantement, et la tumeur disparaît ordinairement en dix ou quinze jours, quelque fois plus tôt.

Au moment de la pénétration du cautère dans l'engorgement, la brûlure devient un centre fluxionnaire, et la tumeur prend un léger accroissement; mais il n'est pas de longue durée: après deux ou trois jours elle commence à diminuer, et cette diminution devient plus active à mesure qu'on arrive au huitième ou dixième jour. Quelquefois, mais rarement, il y en a qui persistent jusqu'au vingtième: quelque opiniâtre que soit cette persistance du bubon, et quelque volumineux qu'il soit, jamais nous n'avons observé ni ces suppurations interminables, ni ces décollements énormes, qui ont lieu par les ouvertures faites avec le bistouri ou la lancette, ni ces cicatrices dégoûtantes et vicieuses qui en résultent.

Les bubons ne résistent à une seule cautérisation que dans les cas où ils sont très-étendus et où les effets de la cautérisation n'ont pas été assez forts pour envahir toute la tumeur, ou pour changer ou pour modifier la nature de l'inflammation syphilitique; car on ne peut expliquer cette disparition subite de la douleur et de la tumeur, que de cette manière; dans ce cas, dis-je, il faut revenir à la cautérisation sur les points qui n'ont pas été résous.

Je dois ajouter que cette méthode ne suffit pas pour guérir une maladie syphilitique générale: on doit faire coïncider le traitement interne que nous faisons consister dans la liqueur de Wanswieten, les pilules de Dupuytren, la tisane sudorifique et le régime, et quelquefois la diète sèche pour les maladies syphilitiques qui résistent à tous les autres traitements.

Il deviendrait fastidieux d'entrer dans de plus longs détails relativement à la cautérisation des bubons, et surtout si je voulais décrire toutes les observations que j'ai recueillies; je me bornerai donc à décrire une de celles qui tiennent le terme moyen, et pour le volume et pour le temps de la guérison.

Le nommé Houetz (Victor), âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution athlétique, est entré à l'hôpital des vénériens à Marseille, le 13 juin 1833, pour un engorgement des glandes du pli de l'aine gauche, développé à la suite d'un coït impur: à l'apparition de cet engorgement le malade alla consulter un docteur qui conseilla une application de quinze sangsues et des cataplasmes émollients; le tout fut répété pendant trois jours de suite sans succès. La tumeur (au rapport du malade) augmentait toujours; lorsqu'il fut admis dans nos salles, le malade avait une fièvre assez vive, la tumeur paraissait un peu ramollie au centre, nous l'avons cautérisée avec notre cautère rougi à blanc, enfoncé à un pouce; aussitôt toute la tumeur devint rouge, mais notamment au pourtour de la piqûre, il y eut immédiatement après la ponction de la tension, et une légère douleur gravative, mais elle n'a pas été de longue durée; après quelques heures, la rougeur, la tension et la douleur furent presque entièrement disparues, et la tumeur est diminuée de plus de la moitié au quatrième jour; enfin, au dixième jour, le malade est sorti parfaitement guéri.

En résumant ce que je viens de dire sur la cautérisation des bubons par ce nouveau procédé, je vois qu'elle a des avantages immenses sur toutes les autres méthodes de traitement : 1° on réprime en peu de jours tous les bubons soit à l'état aigu, soit à l'état chronique ; 2° on prévient les décollements énormes et les suppurations interminables ; 3° on évite les cicatrices toujours vicieuses et dégoûtantes qui résultent des ouvertures faites avec le bistouri ou la lancette.

Jh. Daime.

Chirurgien, chef interne à l'hôpital des vénériens, à Marseille.

V. Note sur l'emploi de la belladone.

Depuis quelques jours une épidémie de scarlatine exerçait ses ravages dans quatre communes de l'arrondissement de Bayeux (Vaux-sur-Seulles, Esquay, Carcagny et Martragny); les enfants seuls étaient atteints de cette maladie ; déjà plusieurs avaient été victimes de cette affection, qui présenta, chez un grand nombre, des symptômes de malignité.

Nous fûmes appelé dans une de ces communes, Vaux-sur-Seulles, en consultation avec notre confrère et ami M. Lictos, pour donner des soins à un enfant qui, à la suite d'une scarlatine bénigne, offrit des symptômes graves d'hydropisie des plèvres et du péritoine; là nous rappelâmes à M. Lictos que la belladone avait été employée avec succès surtout par les médecins allemands, comme préservatif de la scarlatine. Cette substance fut conseillée à tous les enfants de cette commune, et l'épidémie ne tarda pas à disparaître.

Nous fûmes appelé, le 7 juin dernier, dans la commune d'Esquay, à donner des soins à l'enfant du domestique de madame la comtesse d'Héricy, atteint de scarlatine : nous conseillâmes aux parents d'administrer la belladone à leur second enfant, qui fut préservé de cette maladie. Bientôt tous les habitants s'empressèrent de soumettre leurs enfants à l'emploi de ce médicament, et l'épidémie cessa dans cette commune ; du moins nous avions tout lieu de croire à sa complète disparition, lorsque nous fûmes mandé chez le meunier d'Esquay pour donner des soins à un enfant de quatre ans, atteint de scarlatine. Ce petit malade, ainsi que sa sœur, étaient les seuls auxquels le préservatif n'avait point été administré : la petite fille fut mise à l'usage de la belladone, et l'affection ne se manifesta point chez elle. Le bruit de ces succès se répandit bientôt dans les communes voisines (Carcagny et Martragny) où l'épidémie régnait encore : tous les enfants furent mis à l'usage de la belladone. Depuis cette époque nul nouveau cas ne s'est présenté.

La belladone, chez tous les sujets, fut administrée sous forme de teinture, à la dose de quatre gouttes aux enfants de deux à cinq ans, de six gouttes aux enfants de cinq à dix ans ; l'usage en fut continué pendant douze à quinze jours. Un demi-verre d'eau sucrée servait de véhicule.

Il nous reste une question à nous faire ; c'est celle-ci : Comment agit cette solanée dans cette circonstance? Tout en hésitant à formuler notre opinion, voici ce que le hasard nous a appris. L'enfant de madame la marquise de F... était soumis à l'emploi de la belladone; pendant une visite que nous faisions à madame la comtesse d'H..., sa mère, nous eûmes occasion de lui parler du moyen que nous employions et des succès que nous en obtenions comme préservatif de la scarlatine ; elle nous raconta que, le premier jour que son petit-fils prit de la teinture de belladone, on avait remarqué, peu d'instants après son administration, son visage se colorer d'un beau rouge : cette circonstance nous frappa, et nous engagea à nous informer auprès des autres parents si la même coloration s'était manifestée chez les autres petits sujets : la réponse à la question que nous adressâmes aux parents fut constamment celle-ci : *Monsieur, mon enfant est venu tout rouge à la figure la première fois qu'il a pris de votre médicament* (ce sont leurs propres expressions). Cette unanimité dans les réponses sur l'effet immédiat de ce breuvage ne peut-elle point nous mettre sur la voie et nous faire hasarder cette opinion : la belladone agit probablement d'une manière homœopathique ou substitutive.

Quoi qu'il en soit de son mode d'agir, nous restons convaincu que c'est à l'emploi de la belladone que nous devons la disparition d'une épidémie qui, avant notre présence dans cette contrée, faisait de nombreuses victimes ; l'épidémie était loin d'être alors sur son déclin, au contraire elle continuait sa marche envahissante ; de nombreux malades étaient encore alités.

Nous terminons en recommandant ce moyen à l'attention des praticiens, et nous appelons de nouveaux faits pour qu'il soit permis de se prononcer sur un médicament qui, pendant des épidémies meurtrières, peut rendre de si immenses services.

Féron, D.-M.

A Bayeux (Calvados).

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Mémoire sur la section du tendon d'Achille dans le traitement des pieds-bots, par M. Bouvier, membre de l'Académie royale de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

L'étude des déviations congénitales ou accidentelles des membres avait été jusqu'ici abandonnée à la plus aveugle routine. La nature intime de ces vices de conformation était mal connue, les moyens mécaniques employés pour les guérir étaient presque toujours impuissants, ou si lents dans leur action, qu'ils finissaient par lasser les médecins et les malades; enfin, jusqu'à ces derniers temps, rien de sérieux n'avait été entrepris sur ce sujet. Grâce aux études spéciales de quelques praticiens, cette partie si importante a été mise à la hauteur de l'art, et l'on peut regarder comme une conquête de la chirurgie moderne le traitement rationnel des vices de conformation. M. Bouvier, qui par ses longs travaux en anatomie et en physiologie pouvait mieux que personne éclairer cette partie de la science, vient de publier, dans un mémoire d'une haute importance, le fruit de ses travaux et de son expérience pratique sur un des points les plus intéressants de l'orthopédie, le traitement des pieds-bots par la section du tendon d'Achille.

On sait que sous le nom vulgaire de *pied-bot* sont comprises plusieurs déviations du pied, qui ne sont pour ainsi dire que l'exagération d'un des mouvements dont le pied jouit à l'état normal. Ces déviations sont rattachées généralement à trois formes principales qu'on désigne par les noms de *varus*, *valgus* et *pied-équin*. Dans le varus, il y a adduction forcée; dans le valgus, abduction; dans le pied-équin, extension portée au plus haut degré; enfin la flexion exagérée du pied constituerait une quatrième espèce, admise par les uns sous le nom de *talus*, et réunie par d'autres au valgus, parce qu'il s'y joint toujours un certain degré d'abduction.

Afin de se rendre un compte exact des moyens thérapeutiques employés contre ces déviations, il faut se rappeler que l'articulation de l'astragale avec les os de la jambe et celle de l'astragale et du calcanéum avec le scaphoïde et le cuboïde sont les deux points principaux où s'opèrent les déplacements des os, qui produisent les différentes espèces de pieds-bots. Ainsi l'inclinaison de l'astragale en avant constitue le *pied-équin* le plus simple; le déplacement du scaphoïde en bas, augmentant la voussure du tarse, produit le *pied-creux*. Le déplacement en haut produit le *pied-plat*; le déplacement en dedans donne lieu au *varus*, et le déplacement en dehors, au *valgus*. Mais les pieds-bots les plus communs sont des difformités composées de plusieurs des déviations simples qui viennent d'être indiquées.

Dans la première partie de son mémoire, M. Bouvier fait fidèlement l'histoire de l'art, relative aux pieds-bots; dans la seconde il donne l'exposé de sa méthode et les observations qui viennent à l'appui; enfin la troisième partie contient un résumé succinct de tous les faits analogues de guérison que possède la science. Nous allons passer rapidement en revue ces trois parties du travail.

La première opération de section du tendon d'Achille fut pratiquée le 26 mars 1784, par Sorenz, chirurgien de Francfort, sur une jeune fille de dix-sept ans. D'après Thilenius, qui a publié ce fait dans un recueil peu connu d'observations de médecine et de chirurgie, on fit d'arrière en avant une incision transversale qui divisait les téguments et le tendon, ce qui abaissa le pied de plus de deux pouces. Un bandage le maintint dans cette position, et six semaines après la plaie était cicatrisée.

Michaëlis, médecin de Marbourg, pratiqua trois fois, de 1809 à 1810, la division des tendons; mais il se bornait à une section partielle pour en favoriser l'extension. Quelques années auparavant, en 1806, Sartorius, du duché de Nassau, avait fait la section complète du tendon d'Achille, chez un jeune garçon de treize ans, et il avait obtenu une guérison presque radicale; mais jusqu'alors, comme on le voit, on n'avait pas encore songé à éviter la lésion des téguments.

C'est en 1816 que cette méthode fut employée pour la première fois, par Delpech; mais cet illustre chirurgien, au lieu de ramener le pied dans la flexion, le maintint au contraire dans l'extension, et ce ne fut qu'au bout d'un mois environ, quand il crut les deux bouts réunis, qu'il commença l'extension, afin d'allonger la substance intermédiaire.

Malgré le demi-succès qu'obtint Delpech en cette occasion, son procédé paraissait complétement oublié, lorsqu'en 1835 M. Stromeyer publia six cas de section du tendon, par la méthode du professeur de Montpellier, modifiée. En effet, au lieu d'inciser la peau longitudinalement de chaque côté du tendon, M. Stromeyer ne fait qu'une petite plaie transversale, seulement pour le passage d'un bistouri très-étroit, et au lieu d'attendre au vingt-huitième jour pour ramener le pied dans la flexion, il opère cette manœuvre dès le dixième jour.

Sur les six malades opérés par Stromeyer, cinq guérirent parfaitement; chez le sixième seul il survint une récidive qu'on dut attribuer au traitement consécutif. Enfin depuis la publication de son premier mémoire, M. Stromeyer a publié quatorze nouveaux cas de pieds bots, guéris par la section du tendon d'Achille.

D'aussi beaux résultats ne pouvaient manquer d'éveiller l'attention; aussi dès l'année 1835, M. Bouvier trouva l'occasion qu'il atten-

dait depuis longtemps d'appliquer le procédé de Stromeyer, et fit même subir à ce procédé d'heureuses modifications, qui consistent surtout à réduire les dimensions de la plaie, à diviser le tissu cellulaire qui entoure le tendon, dans la moindre étendue possible, et enfin à fléchir de suite le pied et à appliquer promptement la machine qui doit opérer cette flexion. M. Bouvier décrit quatre procédés différents pour faire la section du tendon, mais comme il accorde une préférence bien marquée au quatrième, c'est le seul que nous décrirons.

Le malade étant couché sur le ventre, un aide maintient fortement le pied, et le porte dans le sens de la flexion, de manière à tendre modérément le tendon; on pratique alors sur le côté du tendon, avec une lancette ou un bistouri ordinaire, une petite piqûre longitudinale, d'une à deux lignes d'étendue, à travers laquelle on introduit, sous les téguments, un ténotôme à pointe mousse, qui divise également le tendon de dehors en dedans, mais avec plus de certitude de ne pas atteindre la peau du côté opposé. L'instrument que préfère M. Bouvier est une sorte de petit couteau droit, d'une ligne de largeur à sa base; plus étroit et arrondi à sa pointe, et monté à peu près comme les couteaux à cataracte, on le fait agir en sciant plutôt qu'en pressant, et on est averti que la section est achevée par la cessation de la résistance et par l'écartement subit des deux bouts.

Au reste, ainsi que le fait remarquer l'auteur, quelque procédé que l'on adopte pour la section du tendon d'Achille, aucune partie importante ne peut être atteinte par l'instrument. La veine saphène externe, qui avoisine le côté externe du tendon, en est assez distante pour qu'il soit facile d'éviter sa lésion. L'artère tibiale postérieure placée au côté interne est sur un plan plus antérieur, et se trouve comme bridée par une sorte d'aponévrose qu'il faudrait traverser pour arriver jusqu'à elle. Quant aux vaisseaux péroniers, leur situation plus profonde encore entre le péroné et le long fléchisseur du gros orteil les met à l'abri de toute lésion.

Aussitôt la section, M. Bouvier fléchit le pied et le place dans un appareil qui tend sans cesse à augmenter graduellement la flexion, et qui a, de plus, l'avantage d'empêcher le pied de s'incliner en dedans.

Des expériences nombreuses sur les animaux ont prouvé à M. Bouvier que la formation de la substance intermédiaire aux deux bouts du tendon suivait une marche assez uniforme. Ainsi le vide formé par l'écartement de ces deux bouts ne tarde pas à se remplir par le tissu cellulaire qui forme la gaîne tendineuse. Cette substance acquiert une consistance de plus en plus grande, de sorte que, du dixième au quinzième jour, la continuité du tendon paraît rétablie, du quinzième au vingtième jour cette substance intermédiaire est assez résistante pour transmettre l'action des muscles, et l'on peut dès ce moment faire marcher les malades, en maintenant l'articulation dans un brodequin convenable.

Examinée le trente-cinquième jour, cette substance était parfaitement continue au tendon, mais pouvait encore en être distinguée. Enfin, dès le soixante-seizième jour, elle présentait la même apparence que le tendon d'un autre animal, mais elle paraissait encore plus dense et plus solide.

On voit, d'après l'ensemble de ces faits, quels avantages immenses doivent résulter de la section du tendon d'Achille, dans la rétraction des muscles qui aboutissent à ce tendon; aussi non-seulement la plupart des chirurgiens se sont empressés d'adopter cette opération, mais elle est passée aussi, avec quelques modifications, dans le domaine de l'art vétérinaire.

Le mémoire de M. Bouvier est terminé par les conclusions suivantes que nous donnons textuellement :

1. La section du tendon d'Achille guérit promptement les pieds équins, même à un âge où les machines auraient peu d'action et dans des cas jusqu'à présent réputés incurables.

2. Cette section, pratiquée suivant l'un des procédés que j'ai décrits, est aussi simple dans son exécution que peu dangereuse dans ses suites.

3. La guérison ainsi obtenue peut être regardée comme durable, puisque le malade traité, il y a vingt-deux ans, par Delpech, jouit encore pleinement du succès de l'opération.

4. Le mécanisme de la réunion fait voir que l'écartement immédiat des deux bouts ne s'oppose pas à la formation d'un nouveau tendon, non moins capable que l'ancien de supporter l'effort ordinaire des muscles.

5. La section du tendon d'Achille, abrége la cure du pied-bot en dedans, lorsqu'il est accompagné d'une forte rétraction des extenseurs du pied, et permet d'espérer, dans les cas difficiles, une guérison plus complète que celle qu'on obtenait jusqu'ici par le seul emploi des machines.

Éléments de matière médicale et de pharmacie, par A. Bouchardat, D.-M.

On sait généralement qu'un ouvrage élémentaire n'est pas chose facile à bien faire; mais on est loin de se former une juste idée des difficultés que présente la composition d'un traité qui, comme celui dont nous allons rendre un compte impartial, exige que son auteur réunisse la connaissance parfaite des sciences naturelles proprement dites à celle de l'action sur l'économie animale, des diverses substances dont ces sciences étudient les caractères et les propriétés. Aussi, malgré les nombreux ouvrages qu'on a publiés sur l'histoire naturelle des médicaments, la thérapeutique et la pharmacie, il fallait que celui qui voulait en offrir aux élèves et même aux praticiens le résumé clair et méthodique fût tout à la fois médecin et pharmacien, et qu'il joignît l'expérience de la pratique à celle de l'enseignement.

Sous ces divers rapports, M. Bouchardat, professeur agrégé d'histoire naturelle médicale à l'école de médecine de Paris, et pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, était mieux placé qu'aucun autre, puisque. possédant les matières qu'il est chargé d'enseigner, il a pu observer les effets qu'il décrit, et mettre en pratique les procédés qu'il expose.

L'auteur a eu l'heureuse idée de réunir, dans le même volume, l'art de préparer les médicaments à la description de leurs caractères physiques et chimiques, et à l'exposition de leurs effets thérapeutiques. Cette première partie, pour laquelle il a mis à profit les meilleurs traités de pharmacie, le nouveau Codex et sa pratique personnelle, présente le résumé complet, bien que succinct, des meilleurs procédés employés pour la préparation des médicaments, sous les différentes formes que nécessitent leurs divers modes d'administration. Cette partie, entièrement distincte de la matière médicale, pouvait à la vérité être placée indifféremment avant ou après elle ; cependant l'ouvrage étant plus spécialement destiné aux médecins, nous aurions préféré qu'elle fût exposée la dernière, comme n'étant pour eux qu'une connaissance complémentaire. Toutefois le médecin et le pharmacien y trouveront de bons préceptes: j'oserai même ajouter que le premier pourra se passer avec lui de nouveau Codex, puisque toutes les formules que celui-ci renferme sont reproduites à l'article des médicaments les plus actifs qui entrent dans leur composition.

Dans la seconde partie, l'auteur partage les médicaments en trois grandes séries, suivant qu'ils appartiennent aux végétaux, aux animaux ou aux corps organiques, puis il étudie chaque substance suivant l'ordre adopté en histoire naturelle, décrit ses propriétés physiques et chimiques, et termine en faisant connaître brièvement son effet thérapeutique selon sa dose et son mode d'administration. Cette classification, moins médicale que conforme aux méthodes naturelles, offre cependant l'avantage de faire mieux saisir, surtout pour les végétaux, les analogies médicamenteuses que présentent les espèces d'une même famille dans leurs parties semblables, et d'indiquer au médecin praticien les espèces d'un même genre ou de genres voisins, qui peuvent être employées à défaut de celles dont les propriétés plus énergiques ou mieux observées ont rendu l'usage plus habituel : sous ce point de vue, les travaux récents de la chimie organique ont fourni des lumières que l'auteur a su mettre à profit.

Cependant, tout en approuvant l'ordre adopté pour la matière médicale, nous aurions désiré la voir suivie du tableau synoptique des medicaments rangés suivant les appareils organiques sur lesquels ils portent leur action. Ce tableau réunissant dans un même groupe tous les médicaments qui produisent une même médication, servirait de correctif à l'éloignement nécessité par la distribution en règne, famille et tribu, distribution qui nous semble excellente pour présenter l'histoire complète de la substance ; mais qui offre néanmoins le désavantage de séparer des corps dont les propriétés médicales sont analogues.

C'est du reste une amélioration que chacun peut faire soi-même, et que nous recommandons à l'auteur, lorsqu'il donnera une nouvelle édition de son ouvrage.

En résumé, nous pouvons dire que ce traité clair et méthodique renferme, dans un volume un exposé satisfaisant de ce que la science présente de plus exact et de plus à la hauteur des connaissances actuelles sur l'histoire naturelle, la physique, la chimie médicale, et l'art de préparer les médicaments.

Aussi nous ne craignons pas d'être démenti en disant qu'il justifie complétement son titre, et que l'étudiant en médecine, l'élève en pharmacie et même le médecin praticien, y trouveront non-seulement un bon ouvrage élémentaire, mais un véritable compendium de matière médicale et de pharmacie.

PÉRIN DE JOINVILLE.

De la nécessité de la cautérisation antéro postérieure, dans certains rétrécissements du canal de l'urèthre, par le D. Barré, de Rouen.

M. Barré, dans ce mémoire, nous fait connaître un procédé nouveau, indispensable, dit-il, et capable de parer à beaucoup d'inconvénients et surtout aux plus graves, dans la cautérisation antéro-postérieure.

L'instrument dont il se sert pour porter le nitrate d'argent dans le canal de l'urètre est composé :

1° D'un tube creux de deux valves articulées dont l'extrémité postérieure est obturée par une lame qui est percée à son centre d'un petit orifice donnant passage à la tige porte-caustique ;

2° D'une tige cylindrique graduée et garnie antérieurement d'une cuvette olivaire, laquelle est percée à son extrémité antérieure pour recevoir le nitrate d'argent ; cette cuvette est logée dans l'extrémité valvaire du tube protecteur.

La cautérisation antéro-postérieure, dit M. Barré, doit être employée avec cet instrument dans les cas suivants :

1° Dans les rétrécissements membraneux formés par une cloison très mince ;

2° Dans les rétrécissements inflammatoires variqueux ou fongueux que fait saigner le plus léger contact d'un corps étranger ;

3° Dans les coarctations constituées par des brides dont les bords durs et calleux ne permettent pas la dilatation ;

Enfin dans presque tous les cas, dit-il, puisque cette méthode n'expose le malade à aucun danger.

M. Barré, à l'exemple des Anglais, adopte, à l'exclusion des autres méthodes, la cautérisation antéro-postérieure; il cite à l'appui l'opinion de Lallemand sur les rétrécissements : « En cautérisant d'avant en arrière par la méthode de Hunter, avec la sonde ou la bougie armée, on risque peu de faire de fausses routes, et un petit nombre de cautérisations suffit pour détruire l'espèce de diaphragme qui partage le canal en deux. C'est dans des cas semblables qu'elle a produit des effets merveilleux, parce que la gravité des symptômes dépendant de l'étroitesse de l'ouverture plutôt que de l'étendue de la coarctation, le malade se trouve promptement délivré d'accidents très-graves.»

Quelles ont donc été les causes de l'abandon de la cautérisation d'avant en arrière?

En opérant avec la bougie armée, on touchait inévitablement les parties saines comprises entre le méat et la coarctation; car il était impossible et encore moins méthodique de parcourir cet espace avec la rapidité de l'éclair, chose nécessaire pour ne rien léser; dès lors le caustique devait agir en toute liberté et sur la partie malade et sur les parties saines, car ces parties étaient trop molles pour ne pas se rapprocher, et l'instrument n'était pas capable, par sa forme, de les protéger contre l'action du nitrate d'argent, en écartant les parois du canal de l'urèthre, et en ouvrant de cette manière un libre passage au caustique.

Les conséquences de ce mode opératoire sont des douleurs fortes, des pertes de substance, les fausses routes, les hémorrhagies même sérieuses, la non-guérison. D'autres fois, en procédant ainsi, le caustique est fondu par les liquides qui se trouvent dans l'urèthre, soit sang, soit mucus, et son action est annihilée.

Tous ces inconvénients, qui ne laissent pas que d'être graves, ont mis M. Barré sur la voie d'une invention plus simple quant à l'instrument qui sert à cautériser. Nous en avons donné la description en commençant.

M. Barré donne à la fin de son travail plusieurs observations fort intéressantes. Dans la première, il cite un exemple remarquable de rétrécissement calleux, qui a envahi dans toute leur épaisseur les tissus muqueux, musculeux, spongieux et les lames cellulaires interposées. L'induration fibro-cartilagineuse de ces tissus constituait une altération que nous voyons assez rarement se manifester. Le traitement convenablement dirigé en employant la cautérisation à l'aide de l'instrument de M. Barré a eu un plein succès.

Les autres observations ne sont pas moins curieuses sous le double rapport de l'affection et de la méthode curative.

Il est à regretter que l'auteur de ce mémoire n'ait pu recueillir un plus grand nombre de faits, ils eussent assurément servi à justifier davantage l'excellence de sa méthode.

Nous aurions aussi désiré que M. Barré, en donnant les figures explicatives de son instrument, les eût fait accompagner de planches d'anatomie pathologique représentant fidèlement la nature des altérations qu'il nous a décrites.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(Avril.—Mai.—Juin.)

Mémoire sur une altération spéciale de la vessie dans certains cas d'affection calculeuse, par M. Bouchacourt, D. M. P.

Le diagnostic des calculs vésicaux, s'il est simple en apparence, ne laisse pas que de présenter des difficultés que les praticiens seuls peuvent bien apprécier; et, malgré tous les signes, peu constants il est vrai, de la présence des calculs, malgré la richesse des moyens explorateurs et l'habileté de leur emploi, on a fort souvent commis des erreurs, moins fréquentes il faut le dire, depuis que la nature de ces calculs, et surtout leur position, par rapport à la vessie, se trouvent plus exactement connues.

Après l'énoncé de quelques idées fondamentales, l'auteur de ce mémoire, M. Bouchacourt, insiste sur l'avantage d'une grande circonspection de la part du chirurgien, lorsqu'il s'agira du diagnostic de cette variété de calculs vésicaux dits *enchatonnés*, *encaissés*.

Et d'abord, dit M. B., l'altération anatomique a souvent donné lieu à des difficultés ou à des erreurs de diagnostic; elle modifie singulièrement le pronostic, et son influence sur les résultats du traitement, sur le choix des méthodes ou des procédés opératoires, est si souvent fâcheuse, qu'il importe, pour tous ces motifs, de l'avoir appréciée exactement.

Nous allons suivre l'ordre que M. B. a mis dans son travail, et exposer les considérations que lui ont fournies les lésions organiques produites par cette classe de calculs, et les conséquences pratiques que lui-même a pu déduire des faits.

Lorsqu'on suppose qu'une pierre est *encaissée* dans la vessie, (l'auteur a adopté ce mot de préférence), il y a nécessité d'explorer avec le plus grand soin, pour ne pas commettre d'erreur, presque toujours funeste, par la fausse sécurité dans laquelle on laisse le malade; et il est utile à cet effet de changer d'instruments pour mieux faire ces explorations. Si une sonde trop longue et trop recourbée ne rencontre rien, il faut en introduire une plus courte et plus droite, puis changer sa position, retourner sa convexité en haut, de manière à ce que le bec plongeant vers le bas-fond de la vessie, on puisse éviter la pierre.

Dans une première observation on constate à l'autopsie les désordres suivants :

La pierre est encaissée dans le bas-fond de la vessie; elle est volumineuse, de forme ovaire. Son plus grand diamètre est transversalement situé, le moyen d'avant en arrière, et le plus petit verticalement. Sa surface lisse

sur les côtés, est rugueuse, corrodée vers la partie inférieure qui correspond au bas-fond. La vessie, dans les points en rapport avec le corps étranger, est ramassée, grisâtre, fongueuse; on y voit vers la partie inférieure, et derrière la prostate, une dépression plus évasée à son fond qu'à sa partie supérieure, qui présente un rétrécissement apparent, même à l'extérieur. Les colonnes charnues de la vessie sont hypertrophiées et cependant les orifices des uretères sont dans un état sain, leur calibre n'est pas augmenté, etc. La présence du calcul dans cette première observation, son volume, sa position, n'avaient pu dans le principe être facilement constatés. Plus tard, l'existence de la pierre étant admise, que fallait-il faire? L'auteur agite la question de savoir d'abord si on la broierait; ou bien si l'on ferait la cystotomie; enfin si l'on n'abandonnerait pas la maladie à elle-même, c'est-à-dire s'il ne valait pas mieux rejeter entièrement toute idée d'opération. Relativement à la lithotritie, dit-il, le sujet se trouvait dans de très-fâcheuses conditions : 1° un gros calcul, placé étroitement dans une arrière-poche de la vessie, première circonstance défavorable; l'état très-grave de la vessie, et la difficulté de saisir et de broyer le calcul, sans distendre les parois vésicales. Et l'on sait que cette distension est une des circonstances fâcheuses de l'opération. Enfin, il y avait à craindre les accidents inflammatoires, et surtout cette disposition spéciale de l'innervation, contre laquelle il faut dans toutes les opérations se prémunir. Tous les chirurgiens savent en effet combien sont graves les accidents nerveux qui se développent chez les malades, lorsque la constitution commence à s'épuiser par la longueur des souffrances, et que le marasme, la fièvre hectique se manifestent. M. B. cite l'observation d'un jeune homme de vingt-trois ans, opéré de la taille par la méthode latéralisée à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1836. Ce malade, doué d'une excessive sensibilité, subit l'opération, mais avec une telle crainte, avec si peu de courage, qu'il succomba au bout de trente-six heures à une véritable *sidération nerveuse*, dont il faut chercher la cause dans sa constitution et sa prédisposition spéciale. On crut trouver à l'autopsie une péritonite, une cystite... Aucune lésion anatomique ne put expliquer cette terminaison funeste (*Gazette médicale*, juin 1837).

La lithotritie rejetée, la taille était-elle plus praticable? Dans cette première observation, nous voyons que si le volume de la pierre indiquait la taille sus-pubienne, sa position déclive et resserrée, l'état de la vessie réclamaient l'incision périnéale. On comprend que cet état fongueux et purulent de la vessie rendait l'incision sus-pubienne beaucoup moins avantageuse pour l'écoulement des fluides altérés. La péritonite eût été plus imminente; et puis, il eût fallu introduire préalablement une sonde, afin de soulever le calcul et le rendre plus facile à extraire : toutes ces considérations ont dû faire rejeter l'emploi de ces deux procédés opératoires, la lithotritie et la taille.

La présence dans la vessie d'une pierre inégale et chargée d'aspérités, produit assez souvent des ulcérations. La membrane muqueuse se détruit dans un ou plusieurs points de son étendue en contact avec le corps étranger. Et bientôt, la couche musculaire se trouvant mise à découvert, participe aussi à l'érosion. En général, les ulcérations de la vessie correspondent surtout aux points sur lesquels la pierre a exercé les plus fortes pressions. Les ulcères vont quelquefois jusqu'à la perforation. Nous avons observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1835, dit M. B., un malade dont la vessie avait le bas-fond ulcéré et traversé déjà par deux calculs, qui se trouvaient logés entre elle et le rectum. Poursuivons l'analyse. Les pierres peuvent être aussi enkystées et adhérentes à la vessie. On en trouve des observations dans le mémoire d'Houstet. (*Acad. de chirurg.* t. 1.)

Généralement les corps étrangers qui appartiennent à la classe des calculs enchatonnés ne se laissent déplacer qu'en emportant avec eux des lambeaux de la membrane muqueuse du bas-fond de la vessie. Ces lambeaux sont logés dans des excavations souvent profondes de la surface inférieure du calcul. Les excavations des calculs seraient dus, selon M. Amussat, à l'action des fluides sécrétés par la vessie chroniquement enflammée. Voici, du reste, la théorie que paraît avoir adoptée M. B., et que partage M. Amussat. L'alcalinité de ces fluides se prononçant à mesure qu'ils sont altérés davantage, ils peuvent d'autant mieux dissoudre les portions de calcul qui sont en contact avec eux. On peut donc jusqu'à un certain point expliquer dès lors comment s'établissent ce qu'on a appelé les adhérences des calculs : la membrane muqueuse, ou le tissu cellulaire qui la double, se recouvrant de fongosités dans les points où son inflammation est la plus vive et la plus persistante, si là se trouvent correspondre des enfoncements plus ou moins réguliers à la surface de la pierre, celle-ci s'en pénètre, s'en incruste pour ainsi dire; de là cette difficulté extrême qu'on a parfois dans la taille de détacher les calculs. De là cette pénible nécessité d'exercer de fortes frictions, de déchirer les parois vésicales, de déterminer souvent des hémorrhagies, et toujours de vives douleurs.

Examinant ensuite les modifications qu'éprouvent les parois vésicales, M. B. nous montre la contraction des fibres transversales de la vessie, donnant naissance à une disposition particulière, et citée par Ledran. (*Traité des opérations de chirurgie*). « J'ai souvent observé, dit-il, et d'autres l'ont observé comme moi, que dans la plupart des vessies qui ont souffert, il se fait à l'endroit où elles sont collées sur le rectum, un peu plus haut que leur orifice, il se fait, dis-je, une espèce de crispation, une tension dans les fibres aponévrotiques qui viennent de l'insertion d'un uretère à l'autre uretère. Ces fibres tendues sont une espèce de ligament ou de bande peu saillante, placée à un pouce et demi de l'orifice, selon

que la vessie est plus ou moins racornie, ce qui semble la partager en deux portions inégales, l'une petite et antérieure, l'autre plus grande et postérieure, lorsque le malade est couché. » (*Mém. acad. de chir.*; t. 1, p. 417.)

Après avoir signalé la disposition des calculs vésicaux, le mode d'altération des parois vésicales, M. B. cherche à faire connaître le siége et le degré de ces altérations, qui, presque toujours, sont accompagnées d'hypertrophie de la prostate. Dans les observations recueillies par Delpech, et citées par M. B. dans ses mémoires, les cavités qui logent les calculs sont situées derrière la prostate, et se font aux dépens de la membrane muqueuse cutanée. Ces calculs, le plus souvent, sont uniques, quelquefois doubles et triples, et renfermés alors dans des cavités secondaires. Ils peuvent acquérir un volume assez considérable. M. Civiale dit en avoir vu peser plus de trois onces. Celui dont parle Ledran, dans une de ses observations, pesait sept onces et demie.

On a vu des pierres, pesant plusieurs onces, disparaître presque entièrement dans le sac creusé entre la prostate et le rectum. Elles sont comme emboîtées, et la muqueuse vésicale s'applique exactement sur elles. Souvent, dans ces circonstances, l'excavation étant en quelque sorte au-dessous de la prostate, il arrive que le calcul, alors profondément caché, ne peut être senti par l'instrument. Cela se fait remarquer, dit M. Leroy d'Etioles, «lorsque la tuméfaction de la prostate, en élevant le col de la vessie, et augmentant la profondeur du bas-fond, rend difficile la rencontre d'un calcul, même assez volumineux. La convexité de la sonde passe au-dessus de lui sans le sentir; et si le jet de contraction de la vessie ne permet de porter en bas le bec de l'instrument, il échappe aux recherches. »

Enfin, pour résumer le travail de M. B., rappelons, d'une manière générale, les caractères anatomiques de cette variété de calculs, dits *enchatonnés* ou *encaissés* : dépression constante plus ou moins large, mais toujours profonde vers le bas-fond vésical et derrière la prostate; dépression qui présente presque toujours un rétrécissement apparent, même à l'extérieur; dans le cas de rétrécissement, la muqueuse vésicale est souvent profondément érodée, et même détruite; colonnes charnues de la vessie hypertrophiées; cavités s'arrondissant en poches; quelquefois loges secondaires, et enfin hypertrophie prostatique, coïncidant avec toutes les altérations.

L'âge et le sexe ont-ils de l'influence sur le développement de cette affection calculeuse? Tous les malades cités par M. B. étaient du sexe masculin. Relativement à l'âge, il est remarquable que tous étaient des adultes, à l'exception d'un petit malade, âgé de huit ans, cité par Delpech, à la sixième observation. Les autres avaient quarante-deux ans, soixante, soixante-quinze, soixante-seize, etc. Ainsi, l'âge du malade et le sexe masculin seront donc des raisons prédisposantes; la gravité de la maladie sera en raison directe des progrès de l'âge.

En terminant cette analyse, nous féliciterons M. Bouchacourt, dont le mémoire nous a paru fait avec conscience et talent et basé sur une dizaine d'observations bien recueillies, sinon bien détaillées, et qui ne font pas assez ressortir, selon nous, les altérations caractéristiques de l'affection calculeuse dont il a fait l'objet de son travail. Il arrive à cette conclusion, que, dans toute maladie de ce genre, lorsque les altérations de la vessie présentent quelque gravité, il faut renoncer à l'idée d'opérer, rejeter tout aussi bien la taille que la lithotritie, et plus encore peut-être la lithotritie que la taille, à la condition toutefois que cette dernière sera pratiquée par le rectum. Cette méthode, selon M. B., paraît offrir le moins d'inconvénients, et même parfois quelques avantages. Il faudrait, pour arriver à quelques conséquences pratiques utiles, plus de faits amassés, plus de matériaux à consulter, etc.

M. B. vient d'apporter son contingent à cette spécialité déjà si féconde en heureux résultats.

De l'influence des émissions sanguines et des vésicatoires appliqués sur la poitrine dans la pneumonie simple ou compliquée des enfants, par Alfred Becquerel.

Depuis cette époque de rénovation médicale, à laquelle Broussais a voulu attacher son nom, on a souvent fait abus des émissions sanguines dans les maladies du jeune âge. L'enfance, il faut le noter, est de tous les âges celui qui supporte le moins bien la médication débilitante, et notamment les émissions sanguines, qui doivent contribuer, dans la pneumonie par exemple, à entretenir une phlegmasie déjà due à des conditions adynamiques. En effet, chez de jeunes sujets débilités par des maladies antérieures ou par un long séjour à l'hôpital, on peut comprendre que le peu d'activité fonctionnelle du poumon détermine facilement la phlegmasie de cet organe. Quelle sera donc dans ce cas l'influence des émissions sanguines? On pourra d'avance la prévoir; le travail de M. Becquerel repose sur cette proposition.

L'auteur divise son mémoire en trois chapitres, dans lesquels il classe les pneumonies simples ou compliquées; il étudie en particulier chaque maladie, et présente les conséquences de l'application de certaines méthodes, ainsi que les résultats des agents thérapeutiques.

Après un exposé rapide de ce que les différents auteurs, plus particulièrement les auteurs modernes, ont fait sur la pneumonie des enfants, M. Becquerel résume leurs travaux assez nombreux sur ce sujet, et tire les conclusions suivantes :

1° La pneumonie est fréquente chez les enfants;

2° La pneumonie franche est rare; il est beaucoup plus commun de voir cette phlegmasie compliquer un état de débilité antérieure

ou des maladies spéciales, telles que la rougeole, la variole, la coqueluche;

3° La mortalité est différente dans les cas de pneumonie franche ou compliquée. Dans le premier, il faut établir deux catégories, chez les enfants de deux à six ans, grande mortalité chez ceux de six à quinze ans, elle est beaucoup moins grande, et chez ceux-ci seulement on peut compter sur l'emploi des émissions sanguines.

Les fièvres eruptives compliquées de pneumonies, sont très-fréquemment mortelles de deux à quinze ans. Les émissions sanguines y sont au moins inutiles, sinon nuisibles: voilà pour les observations des auteurs modernes.

M. Becquerel cite à son tour les faits qu'il a recueillis, et les considère également selon qu'il s'agit d'une pneumonie franche ou bien d'une pneumonie compliquant une maladie générale, ou une coqueluche, un croup, etc.

Les éruptions sanguines générales ou locales ont été employées dans presque tous les cas cités par les auteurs, excepté cependant lorsque la maladie était caractérisée par un état adynamique, telles que la gangrène de la bouche, la fièvre typhoïde, etc. etc. ou lorsqu'elle compliquait la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, etc., les vésicatoires n'ont été employés que consécutivement.

Dans le chapitre premier, l'auteur étudie quelle sera l'influence générale du traitement? il s'agit de pneumonies simples en apparence, ou survenant chez des enfants qui ne présentent aucun état pathologique antérieur spécial.

Les émissions sanguines ont semblé utiles chez quatre enfants au-dessus de cinq ans, et chez lesquels la phlegmasie avait débuté au milieu d'une santé parfaite; la résolution commença du septième au dixième jour. On employa aussi les vésicatoires chez ces quatre malades. Dans les autres cas, les saignées générales et les sangsues furent le plus souvent sans effet; elles diminuèrent quelquefois la force du pouls, quelquefois elles déterminèrent une amélioration locale de la lésion organique (amélioration démontrée par les phénomènes d'auscultation); mais en général leur influence fut plutôt nuisible; elles augmentèrent la débilité et semblèrent favoriser dans quelques cas la production d'un engouement bronchique, qui termina la pneumonie de quelques enfants.

Les vésicatoires furent également sans effet, quelquefois nuisibles aux enfants, tant par l'agitation où les jetait la douleur de leur application, que par la débilité amenée par la suppuration.

Voyons maintenant quelle sera l'influence des émissions sanguines, contre les pneumonies, survenant chez des enfants qui présentent quelque état pathologique antérieur; lorsqu'il y a complication de rachitisme, de phthisie. Si le malade présentait une fièvre plus vive ou dyspnée plus forte, dit M. B, on employait les émissions sanguines, une saignée générale par exemple, ou bien une application de sangsues en rapport avec l'âge et la force du malade. Constamment ces moyens m'ont paru non-seulement inutiles, mais encore nuisibles; ils affaiblissaient les enfants, augmentaient leur prostration, et contribuaient à hâter la terminaison fatale.

Dans le chapitre troisième de ce mémoire, M. Becquerel cherche à établir si les émissions sanguines peuvent avoir quelque succès contre les pneumonies, compliquant une maladie générale aiguë. Et d'abord, la rougeole, cette phlegmasie qui accompagne presque toujours les pneumonies, reçoit-elle quelque modification favorable? La pneumonie associée à la rougeole, paraît elle s'amender sous l'influence de l'emploi combiné des émissions sanguines et des vésicatoires?

M. Becquerel examine longuement cette question délicate, cite à l'appui plusieurs observations recueillies par lui, et se prononce pour l'efficacité du traitement.

Les résultats sont à peu près les mêmes dans les pneumonies compliquant la scarlatine.

Dans la variole compliquée, comme cette affection beaucoup plus grave que les précédentes absorbe toute l'attention et joue le principal rôle il est rare qu'on emploie les émissions sanguines. J'ai observé seize cas de variole, dit M. Becquerel; huit enfants y ont succombé; chez trois d'entre eux, on trouva une pneumonie; il s'en développa également une chez un enfant qui guérit. Ainsi, quatre fois la variole se compliqua de pneumonie; une seule fois, on employa les sangsues, l'enfant succomba. Une seule fois également on fit appliquer un vésicatoire du côté malade, et on administra du tartre stibié, cet enfant guérit; dans les deux autres cas la maladie fut abandonnée à elle-même, et les jeunes sujets succombèrent.

Dans les pneumonies compliquant la fièvre typhoïde, la gangrène de la bouche, la coqueluche, le croup, les émissions sanguines n'ont pas été plus heureuses que dans les autres maladies.

Dans les affections cérébrales et médullaires compliquées aussi de pneumonie, on a dû s'abstenir des agents débilitants, puisque ces maladies sont souvent caractérisées par une adynamie profonde.

Maintenant, pour résumer le travail, nous arrivons aux conclusions suivantes:

1° La pneumonie survient rarement chez des enfants dans un état parfait de santé;

2° Elle se développe le plus souvent chez de jeunes sujets affaiblis par des maladies antérieures ou élevés au milieu de circonstances hygiéniques défavorables;

3° Elles se produisent encore sous l'influence directe des maladies aiguës dont le caractère est adynamique et spécifique;

4° L'état général de l'économie, ou la nature des maladies qui se compliquent de pneumonie fait prévoir le peu d'influence des émissions sanguines;

5° L'âge a une grande influence sur la gravité de la pneumonie et sur son traitement. Dans le chapitre où nous avons étudié les

pneumonies simples en apparence, nous avons vu celles-là seules, qui avaient débuté chez des enfants au-dessus de cinq ans et en bonne santé, être suivies de guérison; au-dessous de cinq ans, la pneumonie est plus fréquente et plus grave;

6. Les pneumonies compliquant la rougeole sont le plus souvent mortelles. Nous avons eu, dit M. B, la proportion effrayante de vingt morts sur vingt et un cas.

M. Becquerel, dans le cours de son travail, exprime toujours ses opinions d'une manière un peu dubitative; nous ne lui en ferons pas un reproche; la prudence, a dit La Fontaine, est mère de sûreté.

En résumé, il faut regarder comme probable que les émissions sanguines, générales ou locales, employées chez les enfants affectés de pneumonies, ont pour résultat presque constant de débiliter l'organisme et d'accélérer la terminaison fatale de la maladie.

Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire ou recherches anatomico-pathologiques sur la transformation des tubercules, et la cicatrisation des excavations tuberculeuses des poumons, par C. Rogée, interne.

Voilà un titre assez ambitieux que cependant nous ne voulons pas blâmer, parce qu'il indique, non pas une vaine et ridicule prétention, mais des efforts consciencieux qui pourront être utiles un jour pour la solution d'un des problèmes qui intéressent le plus l'humanité. Bayle, M. Louis, ont décrit, avec une précieuse exactitude, les symptômes de la maladie et la lésion qui la caractérise; mais ont-ils indiqué un traitement curatif qui fit pressentir une guérison possible? A Laënnec, dit l'auteur de ce mémoire, appartient la gloire d'avoir annoncé le premier la possibilité de guérir cette redoutable maladie. Malheureusement ses efforts, soutenus par les travaux non moins encourageants de M. le professeur Andral, n'ont encore eu pour résultat aucune idée suivie de thérapeutique. Le doute existe toujours dans les esprits. Je viens donc, ajoute M. Rogée, muni d'un grand nombre de faits, agiter de nouveau la question de la curabilité de la phthisie pulmonaire. Puissé-je être assez heureux pour faire passer chez ceux qui me liront les convictions qu'ont fait naître en moi de longues méditations sur ce sujet!

Chargé pendant le cours de l'année 1838 du service d'interne dans une des sections de médecine de la Salpêtrière, M. Rogée remarqua, dans les nombreuses nécropsies, un fait déjà signalé par les auteurs, c'est que chez les vieillards, il est extrêmement fréquent de trouver le sommet des poumons altéré par des adhérences, des froncements, des dépressions, des indurations, des plaques blanchâtres superficielles, et par la présence de matière noire, de concrétions crétacées ou calcaires, etc.

Les altérations dont il est ici mention, M. Rogée les distingue en deux ordres : 1° les unes qui sont dépendantes de la tuberculisation, 2° les autres, qui sont les traces de cette affection guérie.

Voilà la question posée; on voit que l'auteur a l'intention de l'éclaircir et de la résoudre. Les observations reposent sur l'examen attentif et scrupuleux de deux cents cadavres.

Deux espèces de lésions qu'on trouve au sommet des poumons, attestent, selon M. Rogée, que la phthisie guérit; ce sont les concrétions crétacées et calcaires, et les cicatrices du tissu pulmonaire.

Parlons des concrétions. Les anatomo-pathologistes donnent ce nom à des corps qui présentent l'apparence de petites pierres, qu'on rencontre souvent dans le parenchyme des poumons. Leur aspect, leur consistance sont variable; elles sont tantôt molles, tantôt dures. Quant au nombre, il est certain qu'elles sont plus fréquentes chez les vieillards que chez les adultes. Sur cent sujets M. Rogée en a trouvé cinquante et une fois. Trente-neuf fois au sommet des poumons; six fois également distribuées dans tout le poumon; six fois dans plusieurs parties du poumon, sans qu'il y en eût au sommet. Dans les deux poumons simultanément vingt-quatre fois; dans le poumon droit dix-sept; dans le poumon gauche, dix. — Leur volume est habituellement celui d'une graine de chenevis; elles sont souvent pas plus grosses qu'un grain de millet.

Le parenchyme des poumons est très-souvent sain autour des concrétions, et y adhère plus ou moins fortement. Dans beaucoup de cas les concrétions sont entourées d'un kyste, et souvent ce kyste est noirci par de la matière mélanique. Quelquefois, enfin, on trouve des concrétions calcaires au centre de masses fibro-cartilagineuses.

Maintenant, quelle est l'origine des concrétions pulmonaires? Quelle est leur nature? L'auteur de ce travail discute les diverses théories admises par les auteurs sur la formation accidentelle de ces corps; puis il expose son opinion particulière. Pour moi, dit-il, toutes les concrétions véritablement crétacées ou calcaires, c'est-à-dire presque toutes les concrétions dures des poumons, sont le résultat de la transformation de tubercules, sont des tubercules guéris. La transformation de la matière tuberculeuse en matière crétacée, et celle de la matière crétacée en matière calcaire, me semblent une vérité tout-à-fait incontestable. Et il fait suivre cette assertion positive de plusieurs arguments dont nous discuterons plus tard la valeur.

A la fin de toutes ses preuves, M. Rogée dit : Voilà assez d'arguments, je pense, pour que l'esprit du lecteur ne reste pas indécis, etc. Nous aimerions voir moins de confiance dans un système qu'une longue expérience et plus de faits acquis pourront peut-être justifier. Ce n'est pas en hésitant mollement, nous le savons; ce n'est pas en se traînant avec peine dans les ornières du tâtonnement, que s'effectueront les progrès en mé-

decine ; il faut s'avancer, tantôt avec lenteur tantôt avec vitesse, mais toujours d'un pas réfléchi ; et pour proposer une théorie à l'admission, comme vérité d'un secours inappréciable, il faut qu'une sage expérience ait sanctionné les résultats de nombreuses observations.

Nous remercions M. Rogée d'avoir fait un travail neuf et important sur de vieilles mais intéressantes questions, et nous espérons bientôt faire l'analyse de la seconde partie.

Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes, par J. B. Barth, agrégé à la Faculté de Médecine.

Nous sommes heureux d'avoir à rendre compte du travail de M. Barth sur les ulcérations des voies aériennes. Ce sujet, qui a été depuis ces dernières années l'objet d'études consciencieuses et suivies, méritait d'être traité de nouveau. N'est-ce pas en effet augmenter les ressources des agents thérapeutiques, que de montrer à nu tout le dédale d'une maladie, que d'apporter la lumière sur des questions incertaines, sur des phénomènes mal interprétés ou mal compris. Et l'on sait que l'ignorance mène souvent à un empirisme fâcheux. M. Barth nous a paru pénétré de cette idée, que, dans notre science médicale, tout relève de l'observation.

Ce mémoire, que nous allons essayer d'analyser, nous fait voir d'abord que les ulcérations des voies aériennes n'ont été bien étudiées qu'à une époque assez rapprochée de nous. Si nous cherchons dans les auteurs anciens, nous ne pouvons presque rien y puiser ; cette affection a été fort incomplètement connue, très-vaguement indiquée par les écrivains des seizième et dix-septième siècles.

Morgagni, le premier, avait décrit, avec quelque précision, quelques-uns des caractères propres aux ulcérations des voies aériennes ; mais depuis lui, elles ont été fréquemment observées, et leur histoire s'est enrichie d'une foule de notions éparses dans un grand nombre de traités généraux et de monographies publiées successivement depuis la fin du dernier siècle, par Lieutaud, Borsieri, Portal, Double, Laignelet, Sauvée, Cayol, Bayle, Papillon, Delpit, Maygrier, Pravaz, J. Franck, Hawkins, MM. Louis et Andral, et tout récemment par MM. Trousseau et Belloc. Mais de ces auteurs, dit M. Barth, les uns n'ont étudié ces ulcérations que dans une de leurs variétés, comme lésions accessoires de la phthisie pulmonaire tuberculeuse ; les autres les ont envisagés simultanément avec les altérations diverses qui peuvent donner lieu à la phthisie laryngée ou trachéale ; ou bien ne les ont considérées que dans un point du tube aérien.

M. B. a donné à son travail, sinon plus d'étendue, du moins plus de précision ; il a étudié ces lésions d'une manière spéciale, et à la fois dans tout le trajet des voies aériennes, depuis l'épiglotte jusque dans les bronches.

L'auteur admet d'abord trois variétés d'ulcérations des voies aériennes et donne à l'appui des observations sur chacune de ces variétés : « Ulcérations trachéales simples ; ulcérations laryngées syphilitiques ; ulcérations laryngées et trachéales tuberculeuses. »

Après avoir tracé un tableau scrupuleusement détaillé des altérations anatomiques et symptomatologiques de ces trois variétés d'ulcérations, M. B. passe au diagnostic de la maladie, à sa marche, sa durée, sa terminaison et finit par indiquer le pronostic, qui sera d'autant plus grave, disons-le de suite, que les ulcérations se compliqueront de symptômes plus évidents et plus prononcés de la phthisie pulmonaire.

Autrefois on admettait un grand nombre d'ulcérations simples, existant indépendamment de toute lésion des poumons ; mais sans chercher à retracer les causes de cette erreur, qui, sans doute, avait sa principale source dans le peu de précision des études anatomopathologiques, il nous suffira de dire que les travaux de M. Andral, ainsi que les recherches exactes et les relevés numériques de M. Louis, ont fait justice de cette opinion.

M. Barth, dans l'espace de huit années passées dans les hôpitaux comme interne et comme chef de clinique, avoue n'avoir observé qu'un seul cas d'ulcérations de la trachée, sans tubercules dans le poumon, et ne paraissant dépendre d'aucune autre cause spécifique.

Passons à l'examen des ulcérations trachéales simples :

Obs. 1re.—Signes de pleurésie avec bruit de frottement sans matité. — Convalescence. — Rentrée à l'hôpital.—Fièvre, toux, altération de la voix, amaigrissement progressif.—Accroissement des symptômes fébriles, prostration, taches typhoïdes, sudamina. — Mort. —Autopsie.—Ulcérations de la trachée-artère. Aucune altération évidente de la plèvre.—Pas de tubercules dans les poumons. — Gonflement et ulcérations des plaques de Peyer.

C'est le seul cas dont nous ayons déjà parlé, où M. Barth n'a pas rencontré de tubercules pulmonaires accompagnant les ulcérations des voies aériennes ; dans tous les autres cas, les tubercules étaient plus ou moins nombreux, plus ou moins avancés, ou bien se rapportaient avec d'autres phénomènes de syphilis constitutionnelle. Faisant un relevé exact des faits observés pendant l'année scolaire 1857-58, à la clinique de M. Chomel, l'auteur arrive à cette induction, que les ulcérations des voies aériennes sont fréquentes dans la phthisie pulmonaire ; que le plus ordinairement, quand on les rencontre, elles coïncident avec cette dernière affection, et peuvent être considérées comme *tuberculeuses* ; que beaucoup plus rarement elles existent indépendamment de toute lésion du poumon, et que, dans ce dernier cas, un petit nombre d'entre elles présentent les caractères des ulcérations simples, dues à une cause catarrhale sans dépendance d'aucune al-

tération organique, tandis que la plupart sont de nature *syphilitique*, ou bien encore offrent, quoique rarement, les caractères des altérations *cancéreuses*, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Trousseau et Belloc, dans un ouvrage récent sur la phthisie laryngée.

Examinons les caractères anatomiques des ulcérations : d'abord, quant à leur siége, elles peuvent occuper l'épiglotte, le larynx, la trachée-artère et les bronches. Tantôt elles sont bornées à l'une ou à l'autre de ces parties, tantôt on les rencontre dans plusieurs à la fois ou dans toutes simultanément. Mais elles n'affectent pas ces différents siéges avec la même fréquence, et cette fréquence varie encore selon les diverses espèces distinguées plus haut.

Parmi les cinq cas d'ulcérations simples rassemblés par MM. Trousseau et Belloc, quatre fois la lésion occupait le larynx, et une fois le larynx et la trachée-artère. Le peu d'exemples d'ulcérations cancéreuses observées par ces deux auteurs, occupaient le plus ordinairement la partie supérieure des voies aériennes; on les remarquait sur une assez grande étendue du larynx; il en est à peu près de même des ulcérations tuberculeuses, d'après Bayle, qui, sur cent sujets, avait trouvé dix-sept fois des ulcérations du larynx, et regardait comme beaucoup plus rares celles de la trachée et des bronches. Selon M. Andral aussi, et M. Barth conclut de même, la fréquence des ulcérations tuberculeuses irait en décroissant de haut en bas dans les différentes portions de la muqueuse des voies aériennes. Mais d'après les relevés de M. Louis, la fréquence relative des ulcérations de ces diverses parties (si l'on excepte les bronches), aurait lieu dans un ordre inverse : sur cent deux sujets, cet observateur a trouvé dix-huit fois l'épiglotte ulcérée; le larynx, vingt-trois; la trachée-artère, trente-une, et les bronches sept fois.

M. B. fait observer que les lésions n'envahissent pas avec la même fréquence les différents points des diverses portions du tube aérien.

Sur l'épiglotte, elles siégent le plus ordinairement à la face laryngée, et surtout dans sa moitié inférieure.

Dans la cavité du larynx, on en a rencontré dans tous les points de son étendue.

Dans la trachée-artère, tantôt disséminées; le plus souvent occupant la moitié inférieure.

Dans les bronches enfin, les lésions occupent ordinairement les rameaux qui conduisent aux points les plus altérés du parenchyme pulmonaire.

Quant au nombre, à la forme, à l'aspect, à la surface, à l'étendue, à la profondeur des ulcérations, on observe beaucoup de variétés qui peuvent servir à les différencier les unes des autres.

Ulcérations laryngées syphilitiques.

Obs. 2e. — Chancres à la verge à vingt-six ans. — Six années plus tard enrouement progressif. — Gêne au cou, toux sèche. — Difficulté de la déglutition, dysphagie, cessation de ce dernier phénomène. — Réapparition d'un chancre au gland. — Ulcérations visibles au fond du pharynx.

Comment ces ulcérations se développent-elles? quels sont les changements qu'elles peuvent subir? Il est infiniment probable que celles de nature syphilitique commencent ordinairement par une escarrhe, de même que dans le pharynx. Quant aux autres ulcérations, on est peu d'accord sur leur mode de formation. Quelle que soit du reste la manière dont elles se développent, elles tendent le plus souvent à s'agrandir. Cette proposition admise par M. B., le conduit à dire que sur les ulcérations tuberculeuses on voit rarement des cicatrices après la mort. Il n'en est pas de même des ulcérations syphilitiques, où la maladie peut souvent s'amender et offrir plus tard des cicatrices.

L'état des parties environnantes présente des phénomènes peu remarquables; et quant aux lésions concomitantes, ce sont celles que nous avons déjà citées : des tubercules dans les poumons et dans les ganglions bronchiques.

Les ulcérations syphilitiques se compliquent fréquemment aussi de phthisie pulmonaire, dont les symptômes se manifestent dans le cours de l'affection du larynx.

Ces dernières s'accompagnent très-fréquemment encore d'autres symptômes vénériens, tels que des ulcères, des pustules syphilitiques, des taches cuivrées sur la peau, etc.

M. B. arrive alors aux caractères symptomatologiques. Dans une première période, souffrance locale, c'est-à-dire sur certains points correspondant au tube aérien, sensation de chatouillement, de prurit, de picotement, de chaleur, de sécheresse, augmentée par la toux et les grandes inspirations. — Ces symptômes sont accompagnés ou souvent même précédés d'une altération de la voix. La respiration n'est pas notablement gênée, la déglutition peu altérée; petite toux suivie d'expectoration muqueuse, variable en abondance.

A mesure que les ulcérations se multiplient et gagnent en étendue et en profondeur, les symptômes précités se caractérisent davantage. La douleur locale augmente; la déglutitio ne se fait plus sans douleur; la respiration p'us difficile devient bruyante, sifflante; la toux douloureuse, rauque, quelquefois comme déchirée, amène des crachats contenant des stries blanchâtres, parfois des stries sanguines; on a vu même rejeter avec les crachats des fragments de cartilages du larynx ossifiés. (Hunter, cité par Franck.)

M. Barth paraît avoir reconnu, à l'exploration des parties, une légère déformation du larynx; ses cartilages au toucher ont perdu un peu de leur souplesse. Quant au toucher par la gorge, pouvant servir à la recherche des ulcérations, il ne peut être, selon nous, d'un grand secours.

L'auscultation du larynx n'a pas encore fourni à M. Barth des signes pathognomoniques.

Ulcérations laryngées et trachéales tuberculeuses.

Obs. 3e. — Rhume avec altération de la voix permanente, progressive. Douleur au larynx. — Gêne croissante de la respiration. Toux sifflante, rauque. — Difficulté légère de la déglutition. — Signes de phthisie pulmonaire. — Mort. — Cavernes et granulations tuberculeuses. — Ulcération du larynx et de la trachée. — Épaississement de l'épiglotte. Suit l'observation détaillée.

Dans le larynx, dit M. Barth, les ulcérations des cordes vocales, des cartilages arythénoïdes ou des ventricules donnent lieu à une altération de la voix, plus ou moins prononcée, selon leur étendue et leur profondeur.

La marche de la maladie n'est pas moins variable que les symptômes qu'elle présente : tantôt lente, tantôt progressive. Quant aux différents modes de terminaison, les altérations qui dépendent d'un virus syphilitique peuvent être combattues avec plus ou moins de succès, tandis que celles qui se compliquent de lésions pulmonaires sont le plus ordinairement funestes.

Si nous passons au diagnostic, nous voyons avec M. Barth que la maladie peut être confondue avec plusieurs autres affections des organes respirateurs. Franck cherche à différencier la phthisie laryngo-trachéale du croup chronique, des polypes de la trachée, qui, selon lui, paraissent provenir d'un croup chronique qui aurait laissé quelques fausses membranes dans ce conduit. L'anévrysme de l'aorte peut offrir aussi tous les symptômes de la phthisie trachéale ; d'autres tumeurs, telles qu'un engorgement du corps thyroïde, des tumeurs stéatomateuses, ou autres comprimant la trachée-artère, peuvent encore en imposer. D'un autre côté, les altérations du larynx peuvent présenter beaucoup d'analogie avec l'œdème de la glotte, où l'on trouve aussi la gêne à la partie antérieure du cou, l'altération de la voix, le dyspnée, la toux, etc. Il est vrai de dire toutefois que l'œdème et la tuméfaction des tissus peuvent compliquer les altérations du larynx; le diagnostic alors est plus difficile.

Mais s'il est le plus ordinairement facile de reconnaître que la lésion siége dans les voies aériennes, nous reconnaissons avec l'auteur de ce mémoire que la difficulté est plus grande lorsqu'il s'agit de déterminer s'il y a réellement altération de leur surface interne, ou s'il ne s'agit que d'une phlegmasie chronique, avec gonflement de la membrane muqueuse. Cependant si l'on voit sans phénomènes fébriles aigus survenir d'une manière lente, sur l'un des points du tube aérien, une douleur avec chaleur et picotements de plus en plus vive et constante, une altération de la voix permanente et graduellement croissante, une gêne de la déglutition de plus en plus prononcée, une dyspnée progressive, une toux suivie de crachats, d'abord liquides et coulants, contenant plus tard des parcelles plus opaques qui se précipitent au fond, l'existence des altérations dans les voies aériennes est alors infiniment probable ; elle sera à peu près indubitable si aux phénomènes précités se joignent ceux qui constituent la fièvre de consomption.

Si maintenant ces symptômes étaient survenus dans le cours d'une affection chronique avec oppression, toux, amaigrissement, etc., elles devraient être considérées comme évidemment *tuberculeuses*. Si au contraire il y avait absence de tout phénomène morbide du côté de la poitrine, et si le sujet avait eu plusieurs affections syphilitiques, surtout s'il portait les traces d'une affection vénérienne constitutionnelle, il faudrait les regarder comme de nature *syphilitique*.

Puis enfin, passant au pronostic de la maladie, M. Barth le considère d'autant moins grave que l'on aura plus de motifs de penser que les ulcérations dépendent d'une affection syphilitique constitutionnelle ; il en sera de même si elles ont succédé à une laryngite simple. L'issue au contraire en sera fatale si le sujet est prédisposé, ou s'il a déjà des tubercules pulmonaires. Mais où sont dans ce mémoire les indications thérapeutiques? Cette analyse, tout imparfaite qu'elle est, suffira pour donner une idée de l'importance du travail de M. Barth.

Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs, 1. par les épingles; 2. par la potasse caustique; 3. par l'emploi combiné de ces deux moyens, par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. Bonnet regarde comme défectueuses toutes les méthodes employées jusqu'ici pour la cure des varices, et n'offrant pas aux malades cette sécurité qui puisse leur permettre de hasarder une tentative de guérison.

L'emploi des procédés adoptés par MM. Davat, Velpeau, Jobert, a été effectué par M. Bonnet sans en retirer de bons résultats; il a été péniblement détrompé, dit-il, sur l'efficacité des épingles, comme moyen de procurer une guérison définitive. Quelques observations, en effet, le conduisirent à voir dans les épingles un moyen d'oblitération qui n'avait qu'un effet temporaire, tandis que la potasse caustique serait, selon lui, un agent propre à déterminer une oblitération permanente.

Quels sont donc les faits dont M. Bonnet s'autorise pour émettre une observation aussi positive? Ils sont encore en trop petit nombre, nous osons l'avouer; les résultats en sont trop douteux, pour que nous soyons disposés à partager entièrement la conviction de l'auteur de ce mémoire. Toutefois nous allons examiner la question thérapeutique qui fait l'objet principal de ce travail, et exposer les méthodes qui ont paru à M. Bonnet les plus sûres pour le traitement des varices.

Les observations faites par ce praticien se rapportent, 1° à l'emploi des épingles seules ; 2° à celui de la potasse caustique seule ; 3° à la combinaison de ces deux moyens.

Et d'abord indiquons avec M. B., comme un des caractères des varices, l'ondulation du sang déterminée par la percussion sur les veines variqueuses, cette possibilité de reflux en sens contraire de la direction que les valvules impriment au sang, dans l'état normal. Ce signe doit être exploré avec soin, au commencement et à la fin du traitement ; on juge si le mouvement que la percussion imprime au sang s'arrête ou non aux parties que l'on a cherché à oblitérer, et dès lors, si les moyens que l'on a employés sont suffisants, ou s'il est nécessaire d'y recourir de nouveau.

M. Bonnet part de ce principe : que *dans le traitement des varices, il faut oblitérer les veines dilatées dans plusieurs points séparés les uns des autres par de courts intervalles.* De là, ajoute l'auteur, dépend la cure radicale : tous ceux qui emploient les épingles ne se contentent plus d'en appliquer une seule, ils en piquent plusieurs, en oblitérant la veine de distance en distance ; on répète ainsi plusieurs fois sur le trajet du vaisseau l'application des moyens qui doivent en faire adhérer les parois. Ainsi, M. Bonnet demeure convaincu qu'il faut, sous peine d'insuccès, multiplier, autant que possible, les points d'oblitération, plaçant de quatre à dix épingles sur le même malade, les unes sur le trajet de la saphène interne, à trois ou quatre pouces de distance, et les autres à l'embouchure ou sur le trajet des divisions principales qui viennent y aboutir ; cependant malgré l'assertion de M. Bonnet, nous avons vu MM. Velpeau et Bérard jeune oblitérer la saphène seulement en deux endroits, et réussir parfaitement quoique la veine fût très-dilatée, et plusieurs fois repliée sur elle-même.

Indiquons rapidement les trois procédés suivant lesquels on peut placer les épingles sur les veines variqueuses ; le procédé de M. Davat, celui de M. Velpeau, celui de M. Fricek de Hambourg.

M. Davat plonge l'épingle sur la partie moyenne de la veine qu'il veut oblitérer, la traverse de part en part de la face superficielle à la face profonde, et de nouveau de la face profonde à la face superficielle. Lorsque la pointe de l'épingle est ressortie, il la fixe au moyen d'un fil disposé comme dans la suture entortillée, et il la maintient en place jusqu'à ce que les parois de la veine, rapprochées l'une de l'autre dans les points où elles ont été divisées, se soient enflammées, et aient contracté une adhérence immédiate : voilà pour le procédé de M. Davat.

Celui de M. Velpeau consiste à passer l'épingle transversalement au-dessus de la veine, dont on ne blesse pas les parois, et à la maintenir fixée par un fil disposé aussi comme dans la suture entortillée.

M. Fricke de Hambourg se contente de faire traverser à l'épingle la cavité de la veine, où il la laisse comme un séton métallique destiné à produire une inflammation adhésive.

De tous ces procédés, M. Bonnet préfère celui de M. Davat, parce qu'il remplit plus de conditions, à savoir : l'inflammation, la compression et le contact des parois de la veine, dans les points que les épingles ont divisés.

Les épingles doivent être multipliées, dit M. B., sur tout le trajet des veines dilatées, sans laisser entre elles plus de trois ou quatre pouces. Il faut laisser en place les épingles jusqu'à ce qu'un gonflement rouge autour de chacune d'elles annonce le développement de l'inflammation adhésive, sans jamais attendre que la suppuration soit établie ; la phlébite alors serait à craindre. Quels sont donc les résultats obtenus par cette méthode ? Chez les uns, récidives après un succès momentané, chez les autres, insuccès, dû sans doute à l'âge très-avancé des malades, et à leur déblitation ; car il faut noter ce fait, que chez les vieillards, la guérison est plus souvent douteuse, à cause du peu de tendance qu'a l'inflammation à se développer ; ainsi il n'y a pas à balancer en présence de tels inconvénients, M. Bonnet a dû se résumer et prononcer le rejet de cette méthode.

L'idée d'employer la potasse caustique dans le traitement des varices n'appartient pas à M. Bonnet ; elle lui a été donnée par M. Gensoul, qui lui-même n'est pas l'inventeur de ce mode de traitement ; on trouve en effet dans Ambroise Paré (liv. 15, page 515) le passage suivant : « Autre moyen de couper les varices, c'est d'appliquer un cautère potentiel qui ronge et coupe la veine, puis se retire en haut et en bas ; par ce moyen il y demeure un espace vide, où après s'engendre de la chair ; et puis la cicatrice, qui sera dure et épaisse, empêchera la fluxion, en bouchant le passage de la dite veine, et par ce moyen la veine variqueuse sera guérie. »

M. Bonnet trace les règles suivant lesquelles l'application de la potasse doit être faite, et établit trois propositions principales :

Première proposition. — Dans le traitement des varices par la potasse, il faut appliquer plusieurs morceaux de ce caustique sur le trajet de la veine dilatée, et à la distance de trois ou quatre pouces les uns des autres.

Deuxième proposition. — La potasse caustique ne peut être appliquée sur les veines que dans les points où celles-ci correspondent à des muscles.

Troisième proposition. — Il faut appliquer au moins deux fois de la potasse caustique dans le même point pour arriver jusqu'à la veine.

Ce dernier conseil suppose qu'il est nécessaire pour oblitérer les veines, de les atteindre et de les ouvrir avec la potasse. S'il faut pénétrer jusqu'à elles, il vaut mieux le faire en appliquant de suite un morceau volumineux de potasse, ou en faisant deux applications successives, la seconde dans le centre de l'escarrhe produite par la première. Ce but est de détruire la veine dans l'étendue de quelques lignes. Les résultats furent plus satisfaisants,

quelques observations en font foi, lorsque M. Bonnet traita ses malades par l'emploi combiné de la potasse caustique et des épingles. Puis, passant au traitement des varices par la potasse caustique seule, il cherche à en démontrer l'innocuité, à prouver que par cette méthode la guérison est plus certaine, mais toujours sans phlébite, sans aucun accident grave. Nous résumerons les phénomènes consécutifs par les propositions suivantes : 1° l'application de la potasse caustique est suivie d'une inflammation circonscrite et d'ulcérations assez longues à se cicatriser ; 2° elle expose à des hémorrhagies ; mais ces hémorrhagies peuvent être facilement évitées, si le malade garde le lit, et si l'on exerce une légère compression autour du membre.

Les suites du traitement étant démontrées innocentes, M. Bonnet croit en avoir acquis la certitude, il nous reste à en examiner les résultats thérapeutiques.

Dans les varices qui se bornent à la saphène interne et à ses divisions, qui affectent des personnes de moins de soixante ans, l'emploi de la potasse caustique produit une guérison complète et parmanente.

Citons à l'appui une observation recueillie par M. Bonnet : Une vivandière de régiment, âgée de cinquante-neuf ans, mais encore d'une forte constitution, vint à l'hôpital pour y être traitée d'un large ulcère au-dessous du mollet droit. La saphène interne de ce côté était dilatée dans toute l'étendue de la cuisse, elle offrait de ces tumeurs que forment les replis multipliés des veines dilatées. L'une de ces tumeurs était située à la partie interne et inférieure de la cuisse, l'autre un peu au-dessus du mollet, et une troisième sur la malléole interne. La graisse qui masquait ces varices m'engagea à ne pas employer les épingles, et trois jours après l'entrée de la malade, je lui appliquai trois morceaux de potasse caustique, les deux supérieurs sur les tumeurs variqueuses elles-mêmes, l'autre à cinq pouces au-dessus des malléoles, sur le trajet de la saphène.

Cinq jours après ces applications, craignant que l'escharre ne fût point assez profonde, je fis remettre un peu de potasse dans le centre de chaque escharre. Cette nouvelle application, sans agrandir la destruction de la peau en largeur, produisit une mortification plus profonde. Huit jours après qu'elle eut été faite, lorsque les parties mortifiées commençaient à se détacher, la malade eut pendant la nuit un léger écoulement de sang à travers l'ulcération du mollet. La compression circulaire arrêta aisément cette hémorrhagie, et fut maintenue jusqu'à la fin de la cinquième semaine. Dès le commencement de la quatrième, les escharres étaient tombées. Les veines variqueuses ne paraissaient plus; et lorsqu'un mois et demi après son entrée, la malade sortit de l'hôpital où la guérison de son ulcère l'avait retenue, il était impossible d'apercevoir la moindre trace de ses varices. A quatorze mois de là, cette femme rencontra sur la place Vendôme M. Brûlé, interne, qui l'avait soignée, et avant même de lui adresser la parole, elle l'aborda, et, satisfaite de lui montrer que sa guérison était complète, elle leva sa robe, et découvrit sa jambe devant le public étonné. Il n'y paraissait aucune trace de varices, et le pied ne se tuméfiait pas à la marche.

Maintenant, dans quel cas doit-on tenter la guérison des varices, M. Bonnet affirmant que l'emploi de la potasse caustique, avec les précautions convenables, produit une guérison complète, durable et sans danger?

1° Cette tentative est commandée toutes les fois que les varices s'ulcèrent et donnent naissance à des hémorrhagies.

2° Le traitement des varices par la potasse caustique est encore indiqué lorsque les varices existent avec des ulcères assez étendus pour nécessiter un repos de six semaines à deux mois et plus. A part ces cas, il faut se contenter de diminuer, par l'emploi d'une chaussette ou d'un bas lacé, le gonflement que la marche et le travail produisent dans les jambes variqueuses.

Quoique les résultats obtenus jusqu'ici par M. Bonnet paraissent assez satisfaisants, nous pensons que dans ce mémoire la question n'est pas encore résolue, et que de nouveaux faits sont nécessaires pour donner à ce mode de traitement des varices toute la confiance, toute la valeur que l'importance du sujet peut mériter.

Essai sur un nouveau moyen de diagnostiquer d'une manière certaine les diverses déformations de la prostate, considérées comme causes ordinaires de rétention et d'incontinence d'urine chez les vieillards, par le D. A. Mercier, ancien interne des hôpitaux.

M. Mercier, dans son mémoire, discute la valeur d'un nouvel instrument dont il s'est servi avec avantage pour diagnostiquer les déformations de la prostate. C'est un cathéter explorateur qu'il emploie déjà depuis plusieurs années dans les hôpitaux et que plusieurs médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu et de la Charité ont eux-mêmes fait manœuvrer. Tous, dit-il, après l'avoir expérimentée, ont été convaincus de l'excellence de la méthode.

Faisons connaître les résultats auxquels est parvenu M. Mercier, et comment cet auteur a été conduit par l'emploi de son cathéter à reconnaître la cause probable de ces paralysies presque toujours consécutives de la vessie, qu'on regarde à tort, selon lui, comme des paralysies essentielles.

Pour M. Mercier, l'incontinence et la rétention d'urine chez les hommes âgés sont presque toujours dues à une hypertrophie de la prostate. Une remarque qui avait échappé jusqu'à lui, c'est que la plupart des vieillards affectés de rétention ont commencé par éprouver une difficulté plus ou moins grande à retenir les urines; voici comment il explique cette incontinence :

Le col de la vessie ne se resserre pas circulairement, mais il se ferme par le rapprochement de ses deux moitiés latérales, de manière à présenter une fente antéro-postérieure.

L'hypertrophie de la portion transversale de la prostate écarte les bords de cette fente en arrière, de sorte que l'orifice a alors la forme d'un triangle, et c'est par l'aire de ce triangle que les urines s'échappent involontairement. Les lobes latéraux peuvent également donner lieu à l'incontinence, quand, faisant tous deux saillie dans l'urètre, ils forment deux éminences adossées par leur sommet, et empêchent ainsi les bords latéraux du col vésical de se mettre en contact.

La portion transversale n'augmente pas seulement d'un côté à l'autre, mais encore d'arrière en avant sous forme de valvule. La base de l'orifice triangulaire se rapproche par conséquent du sommet; il vient même un moment où elle se trouve en contact avec lui; alors la valvule, ou bord postérieur, recouvre l'antérieur, et la rétention succède à l'incontinence.

La rétention peut encore être produite par des tumeurs qui, s'élevant des portions latérales de la prostate, et surtout de la portion transversale, font saillie dans la vessie et s'inclinent au-dessus de son col, à la manière de soupapes. Enfin, le même accident peut être causé par le développement isolé de l'un des lobes latéraux, qui, repoussant celui du côté opposé, dévie le canal.

Enfin le regorgement a lieu surtout quand la portion moyenne de la prostate n'a acquis en volume que précisément ce qu'il faut pour oblitérer le canal; la distension de la vessie la tire un peu en arrière, et l'urine s'écoule jusqu'à ce que, la distension ayant cessé, la valvule soit revenue à sa première position.

Maintenant que nous avons rendu compte de l'incontinence et de la rétention d'urine, que M. Mercier explique par l'hypertrophie de la prostate, il est utile de dire quelques mots sur les diverses déformations de cette glande, surtout sur celles de la portion transversale et celles des portions latérales, renvoyant pour plus de détails aux *recherches anatomiques sur la prostate des vieillards*, ouvrage de l'auteur de ce mémoire et publié dans les bulletins de la société anatomique, 1838.

La portion transversale est cette partie de la prostate qui unit les lobes latéraux derrière le col de vessie, au-dessus des canaux éjaculateurs; cette portion est très-petite chez l'adulte, quelquefois même difficile à trouver; mais chez les vieillards, elle acquiert souvent un accroissement considérable. Cette hypertrophie peut revêtir différentes formes. Tantôt elle est égale, uniforme, de manière à éloigner l'une de l'autre en portion latérales, à élever, à éloigner du vérumotanum, l'angle antérieur du trigône vésical, et à porter en avant la moitié postérieure du col qui représente ainsi au-dessus de la paroi postérieure de l'urètre une saillie transversale se dirigeant en avant.

Assez souvent alors on voit le tissu cellulaire sous-muqueux, qui recouvre cette partie, s'enflammer, s'épaissir et augmenter encore la saillie que fait la valvule; tantôt un seul point se développe et donne lieu à une tumeur située derrière le col, tumeur qui peut devenir volumineuse et obstruer l'orifice supérieur de l'urètre.

Une hypertrophie de même nature peut envahir les portions latérales de la glande, et cette hypertrophie, comme celle de la portion transversale, peut avoir différents siéges. En résumé, elle se fait tantôt du côté de la vessie, tantôt au col de cet organe, et tantôt du côté de l'urètre.

Avant d'examiner les moyens de la reconnaître dans ces divers siéges, essayons de donner une idée de l'instrument de M. Mercier. Qu'on se figure une sonde droite dans presque toute sa longueur; seulement à six ou huit lignes au plus de son extrémité vésicale, elle se courbe presque à angle droit; une fois cette sonde introduite dans la vessie, le peu de longueur de son extrémité lui permettra de circuler tout au tour du col sans la moindre difficulté. L'extrémité externe est munie d'une plaque ovalaire ou polygonale, perpendiculaire au plan de la portion recourbée. Cette plaque indique, au moyen d'un signe qui se trouve sur une de ses faces, de quel côté est le bec quand on lui fait exécuter des mouvements de rotation.

M. Leroy d'Étiolles, imagina, il y a quelques années un instrument fort ingénieux, qu'il nomma *sonde à inclinaison*, et qui paraissait remplir presque toutes ces indications. M. Mercier a la prétention, au moyen de son cathéter explorateur, de reconnaître : 1° les tumeurs qui s'élèvent dans la vessie; 2° les hypertrophies qui se font au col de la vessie; 3° enfin, les hypertrophies qui font saillie dans la portion prostatique de l'urètre.

Pour le diagnostic des tumeurs, lorsque la sonde a pénétré dans la vessie, on a soin que sa portion droite soit à peu près parallèle à l'axe du corps; puis on attire son bec contre le bord antérieur du col vésical, et de là, dirigeant tantôt à droite, tantôt à gauche, on lui fait parcourir toute la circonférence de cet orifice, en exerçant constamment sur le pavillon une traction légère? Quand la prostate est tout à fait à l'état normal de ce côté, le bec parcourt tout ce trajet, sans éprouver d'ascension; mais s'il existe une tumeur en un point quelconque du col, l'instrument se trouve arrêté, et pour passer par-dessus l'obstacle, il lui faut imprimer un mouvement d'ascension proportionné à la hauteur de l'éminence; puis continuant la rotation et une traction très-modérée, la sonde redescend au degré d'élévation où elle se trouvait d'abord. La plaque adaptée au pavillon indique de quel côté le bec est arrêté; l'arc de cercle parcouru donne la largeur de la tumeur, et son degré d'élévation se juge en voyant à l'extrémité du gland de combien de lignes l'instrument a monté.

On reconnaît les hypertrophies du col, le cathéter étant introduit, lorsque sa portion droite, au moment de franchir le col, éprouvera un petit mouvement brusque; le bec de la sonde va heurter le développement valvulaire de la portion transversale caractéristique, des hypertrophies du col de la vessie. On jugera même assez bien de l'épaisseur de cette valvule par le nombre de lignes que la sonde aura parcourues en descendant du bord postérieur du col dans l'enfoncement sous-valvulaire.

Pour reconnaître enfin les hypertrophies qui font saillie dans la portion prostatique de l'urètre, et qui ont leur siége à la face interne des lobes latéraux, voici comment M. Mercier procède avec son cathéter; en le retirant de la vessie dans la portion prostatique, j'appuie légèrement sur lui, dit ce médecin, en pressant sur la racine de la verge, au-dessous de la symphyse pubienne, de manière à loger sa convexité contre la paroi postérieure du canal; puis attirant l'instrument à moi sans trop l'éloigner de l'axe du tronc, il en résulte nécessairement que quand le bec passe au niveau de la saillie du lobe latéral, il s'incline du côté opposé. La plaque extérieure indique ce mouvement et le sens dans lequel il se fait. Le toucher par le rectum peut aussi fournir quelques renseignements utiles, surtout dans le cas d'hypertrophie égale des lobes latéraux.

M. Mercier, dit avoir fait des applications de son cathéter au diagnostic de certaines tumeurs du bassin, de quelques maladies de la matrice telles que les changements de forme, de volume et de position, les corps fibreux qui font saillie sur la face antérieure, etc., etc. Si ces assertions sont fondées, on pourra tirer de cet instrument des indications thérapeutiques d'une grande importance.

Des altérations du sang dans l'affection granuleuse des reins (maladie de Bright), par M. Robert Christison.

M. Christison vient de publier un ouvrage intéressant sur la dégénérescence granuleuse des reins; c'est un résumé des leçons qu'il a faites sur ce sujet, pendant plusieurs années, à l'université d'Edimbourg. MM. Rayer et Martin Solon ont aussi, dans ces derniers temps, fait des recherches sur la même affection, et ont contribué beaucoup à nous faire connaître une maladie assez fréquente et peu étudiée jusqu'alors. M. Christison examine avec un grand soin les altérations qu'il regarde comme caractéristiques de l'affection granuleuse des reins; il en indique toutes les phases successives, et arrive, par des observations chimiques fort habiles, à donner quelques considérations importantes.

Si nous lisons le chapitre des altérations du sang, et c'est celui que nous allons analyser, nous voyons qu'elles ne sont pas moins remarquables que celles de l'urine. Dans la première période, quand les symptômes se présentent sous la forme aiguë, ce liquide offre presque toujours les caractères de l'inflammation; il forme un caillot épais, solide, avec une couenne dont les bords sont relevés. Le sérum est d'ordinaire un peu lactescent; sa plus notable altération, c'est une grande diminution de densité, ainsi qu'une réduction analogue de ses élements solides. M. Christison a toujours constaté au début cet état du sérum, qui, sauf quelques exceptions, semble propre à cette première période. Un changement non moins notable dans la composition normale du sérum est la présence d'une grande quantité d'urée; on la trouve dans le sérum à tous les périodes de la maladie. La proportion de la fibrine dans le sang augmente aussi habituellement. La différence a semblé au praticien anglais dépendre du degré de réaction générale ou d'inflammation locale existante, et être par conséquent réglée par l'état plus ou moins couenneux du sang. La proportion est donc souvent augmentée, parce qu'à la première période de la maladie la réaction locale ou générale est commune. La quantité de matière colorante ou hématosine n'est pas diminuée. Je tiens à établir cette proportion, dit M. Christison, parce qu'il en est tout autrement dans les périodes plus avancées de la maladie, et parce que la proportion de l'hématosine dans le sang me semble constituer dans de certaines conditions un des critériums les plus certains pour juger des progrès de l'altération organique du sang, et devenir pour le médecin un des phénomènes les plus importants sous le point de vue pratique.

Les altérations du sang en résumé, dans la première période de la maladie, sont : le peu de densité du sérum, une diminution de l'albumine, la présence fréquente de l'urée, et l'augmentation de la fibrine, la proportion de l'hématosine restant la même.

Mais, à mesure que l'affection granuleuse augmente, des changements importants se manifestent dans l'état pathologique du sang déposé dans la palette.

Le sang se sépare ordinairement en sérum qui est plus abondant, et en coagulum moins volumineux. Le sérum n'est pas si lactescent. L'albumine diminue encore graduellement à mesure que la maladie fait des progrès; et l'urée disparaît fréquemment du sérum du sang, mais reparaît quelquefois vers la fin en une proportion plus grande que jamais. On peut apprécier jusqu'à un certain point la cause de ces variations. La fibrine conserve le plus ordinairement ses proportions normales; cependant elle redevient abondante lorsqu'une réaction générale se montre, et que le sang est très-couenneux.

Dans la période avancée de la maladie, la modification la plus remarquable du sang est

une réduction graduelle et rapide de sa matière colorante ou hématosine.

Au commencement, ainsi que nous l'avons dit, cet élément ne subit que peu ou point de diminution; mais, à mesure que l'affection marche, ses proportions diminuent, et à la fin la réduction est telle qu'il ne forme plus qu'un tiers de la moyenne à l'état sain.

Telles sont les altérations du sang dans l'affection granuleuse des reins. Je ne connais pas de maladie chronique, dit M. Christison, qui ressemble autant à l'hémorrhagie pour son efficacité à appauvrir le sang, et à le priver de ses particules rouges.

Nous nous bornons à cette analyse partielle de l'ouvrage anglais, et nous y renvoyons pour y étudier les différentes modifications que cette dégénérescence des reins peut produire dans l'économie.

JOURNAUX ANGLAIS.

THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Rapport sur la fièvre maligne (appelée Pali Plague, peste Pali) qui a régné dans quelques parties du Bay-Potan, dans les Indes depuis le mois de juillet 1836, par J. Rankin, D.-M.

Malgré l'indifférence qu'on a généralement pour les fléaux qui ne menacent pas immédiatement de nous envahir, nous ne pouvons passer sous silence une maladie épidémique qui a éclaté dans la principauté de Sondpour, à Pali, grande ville qui sert d'entrepôt de commerce entre l'Inde centrale et les ports du Guzarate. Il périt d'abord six cent cinquante chepahs ou imprimeurs en drap; les brames eurent ensuite beaucoup à souffrir, puis vint le tour des petits commerçants, puis celui de tout le reste de la population; de quinze ou vingt mille habitants, il en périt à peu près quatre mille, à raison de cinquante ou soixante par jour. Plusieurs familles émigrèrent et transplantèrent le fléau là où elles allaient. Il ne guérissait pas plus d'un malade sur trois. Plusieurs médecins que le gouvernement envoya sur les lieux déclarèrent que c'était la *peste*. On pouvait néanmoins éviter le fléau en évitant tout contact avec les malades: on séquestra alors les malades et les suspects, et on établit un sévère système de quarantaine.

Il paraîtrait que ce fléau n'est pas nouveau, et qu'il a été observé dans l'Inde supérieure en 1819 et depuis 1823. Quoi qu'il en soit, voici la description qu'on donne de cette affection.

Les symptômes de la fièvre Pali sont ceux des autres fièvres graves, avec addition de gonflement des glandes extérieures. La peau n'est point jaune. L'affection glandulaire est sa seule particularité; comme les bubons ne sont point un caractère essentiel de la peste du Levant on ne saurait l'y assimiler complétement.

Pas de prodromes marqués; sa présence subite se dénote par un léger frisson, de la céphalalgie, des nausées et des douleurs dans les lombes. Peau bientôt chaude et sèche; cent trente à cent cinquante pulsations dépressibles. Langue diversement colorée, vomissements quelquefois, ainsi que douleur à l'épigastre; constipation; abdomen gonflé, mais rarement douloureux à la pression; yeux injectés de sang; prostration, anxiété; quelquefois pneumonie concomittante; des gonflements glandulaires se montrent aux aines, aux aiselles et au cou, sous les mâchoires, sous les oreilles et à la partie supérieure de la cuisse. Ils apparaissent en général au premier ou au second jour, dépassant rarement la grosseur d'une noix. D'autres fois ils deviennent beaucoup plus gros, s'ouvrent et suppurent.

Dans quelques cas la maladie était si bénigne que les malades n'étaient pas obligés de se coucher; chez d'autres, il y avait un abattement manifeste; et chez d'autres, enfin, on observait une prostration extrême. Il y avait rarement du délire au début; mais il survenait ordinairement du coma un peu avant la mort. Dans les cas funestes, la maladie parcourait toutes ses périodes en trois jours; dans les cas plus heureux, s'il n'y avait pas d'affection glanduleuse, elle durait de quinze à vingt jours.

Il régnait en même temps dans le Maradabad une autre affection qui s'en prenait plus spécialement au système hépatique et produisait l'ictère. Ici plus de bubons. L'auteur ne donne presque aucun détail sur cette affection; il ne donne même pas le traitement qu'il dit avoir été celui de la fièvre en général: une telle négligence est impardonnable de la part de ceux qui ont rendu compte de ces deux affections redoutables.

Dissection d'un anévrysme ventral énorme, par Sir David Dickson, chirurgien.

Un canonnier de trente-six ans fut envoyé, le 22 septembre 1836, à l'hôpital de la Jamaïque, pour une paralysie. Il fut ensuite renvoyé en Angleterre comme invalide, et reçu à l'hôpital de Plymouth le 20 mars 1837. Il se plaignait alors de douleurs dans les régions lombaires et sacrées, avec paralysie partielle et engourdissement des extrémités inférieures. Cependant la santé générale le soutenait. Mais il portait en même temps dans le côté gauche une tumeur attribuée d'abord à une affection de la rate, et qui fut ensuite reconnue pour être une tumeur pulsative, en un mot un anévrysme, soit de l'aorte, soit de l'iliaque primitive, expliquant fort bien tous les symptômes simulés d'une paraplégie par affection de la moelle. La tumeur grossissait, et cependant le malade allait mieux. Mais en montant un escalier, le 6 septembre, il sentit une douleur atroce dans la région iliaque, fut atteint d'une faiblesse extrême, et expira peu d'instants après.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'extravasa

un peu de sang coagulé entre les lames du péritoine. Celui-ci s'était échappé par une ouverture ulcérée de la grandeur d'une pièce d'un franc, placée sur le côté d'une énorme tumeur anévrysmale de l'aorte. Elle commençait à la partie postérieure de l'artère, deux pouces au-dessus du tronc iliaque, par une sorte de pédicule qui s'étendait jusqu'à deux pouces et demi au-dessus de la bifurcation de l'aorte. Puis se déjetant subitement en avant, elle recouvrait toute la surface des intestins et descendait jusque dans le bassin. Elle s'était accommodée à la surface inférieure du diaphragme, à laquelle elle adhérait, ainsi qu'à la partie inférieure du foie, aux fausses côtes et à l'épine. Un segment conique de cette tumeur s'engageait sous le ligament de Poupart, du côté gauche, et simulait un anévrysme de l'artère iliaque externe. Les muscles iliaques, le nerf crural et le grand sciatique adhéraient fortement à la surface postérieure et inférieure de la tumeur. A l'inspection de celle-ci, dans la structure, on trouva des ossifications déposées dans la tunique fibreuse. La tunique externe entourait partout l'anévrysme, excepté dans les points où celui-ci adhérait à la colonne vertébrale. Là il n'y avait plus de tuniques, et la dernière vertèbre dorsale, ainsi que la première lombaire, avaient été en partie absorbées. Les tuniques internes et moyennes s'étaient amincies graduellement et avaient fini par disparaître dans la membrane externe. C'étaient les ossifications abondantes de la tunique moyenne qui avaient maintenu la forme cylindrique du canal artériel, et protégé le cours du sang. La tumeur, du reste, adhérait si fortement à l'épine, qu'elle entraîna avec elle les vertèbres lombaires et les trois dernières dorsales.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (*Omodei*).

De quelques cas graves de maladie vertébrale, par le D. J. Cervetto, de Vérone.

1er CAS. Marco de Lorenzo, soixante-neuf ans, né à Padoue, de parents sains, bien constitué, tempérament bilieux, n'avait eu dans sa jeunesse d'autres maladies que quelques exanthèmes; à l'âge de vingt-cinq ans, il entra dans la marine, où il servit trois ans, et contracta le scorbut, dont il lui reste des taches aux jambes. Rentré dans ses foyers, il se mit à fabriquer du chocolat; sa constitution s'affaiblit par une synoque, une gastrite nerveuse et une hernie inguinale double.

Depuis les premiers jours d'octobre 1828, une maladie commença avec les symptômes suivants qui allèrent toujours en s'aggravant: accablement, brisure des membres, difficulté de respirer, tension aux hypocondres, tympanite, constipation. Comme Lorenzo souffrait plus le soir, il attribuait son état à la fatigue du jour. Enfin, au mois de mars, il se décida à consulter un médecin, qui prit la maladie à faux et crut y voir une affection rhumatismale, qu'il traita par les diaphorétiques, les drastiques, les antimoniaux, l'opium, les sangsues, les sinapismes, les vésicatoires, le liniment ammoniacal, etc.

Le chocolatier, allant de mal en pis, s'adressa au professeur Cervetto, qui découvrit une gibbosité à la région dorsale, et dont le point le plus saillant était l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Le malade se plaignait d'une douleur profonde le long du rachis, et intense dans la tumeur, d'engourdissement aux membres inférieurs; il marchait difficilement, et s'il se baissait il avait de la peine à se relever; décubitus impossible sur le dos et sur le côté; on avait donné de la concavité au coucher, pour l'accommoder à la gibbosité.

On appliqua jusqu'à sept fois le cautère actuel, qui passe pour le fondant le plus actif des humeurs croupissantes dans la substance même des os, et est plus effrayant que douloureux. On voulut établir des cautères aux côtés de la tumeur; il fallut y renoncer, la présence des corps étrangers étant insupportable; des divers remèdes, les bains froids furent ceux qui parurent procurer le plus de soulagement.

Au bout de cent dix jours du dernier traitement, Lorenzo succomba à la fièvre hectique, avec marasme, diarrhée, paralysie complète des membres inférieurs, incontinence d'urine.

Nécropsie. — Plus de vestiges des ligaments ni des cartilages intervertébraux: corps des vertèbres, septième, huitième et neuvième, presque tout entiers détruits; liquide séro-purulent remplissant le canal depuis le sacrum jusqu'à la tumeur; quatre fragments osseux, irréguliers, d'un blanc lisse et luisant, flottaient dans ce liquide, la moelle épinière et le névrilème convertis en un mucilage blanchâtre, stéatomateux; les apophyses des vertèbres à l'état d'intégrité.

Deuxième cas. — Jean-Baptiste Vianelli, Vénitien, cinquante-cinq ans, hémorrhoïdaire, constitution forte, quoique nerveuse, avait eu dans sa jeunesse une légère disposition au scorbut et une orchite sans apparence d'infection vénérienne, en mars 1839; il consulta un chirurgien pour un embarras de l'urèthre et une orchite, et en juillet pour une tumeur très-douloureuse dans le dos. C'était une cyphose; la gibbosité était formée par la neuvième vertèbre dorsale, dont l'apophyse épineuse proéminente et les six vertèbres voisines, déviées en concavité à droite et en convexité à gauche; en outre, douleurs au côté gauche du thorax et aux muscles correspondants; toux sèche.

On s'empressa d'appliquer des moxas et des cautères actuels aux deux côtés de la tumeur; puis on les convertit en exutoires. On y ajouta par la suite deux vésicatoires et l'application

de boues thermales sur la région du mal et sur le testicule droit. On affectait de n'employer aucun remède interne, persuadé que la cyphose, provenant de cause externe, devait guérir par des topiques. Cette médication irrita tout l'organisme, si bien qu'il fallut recourir aux saignées générales et locales, et à d'autres contre-stimulants.

Vers la mi-août l'équilibre était rétabli; on entretint les exutoires avec la pommade de sabine, dont on faisait bouillir les feuilles dans de la graisse.

Pour rétablir tout à fait la santé, on attaqua successivement les anciens symptômes qui n'étaient point liés à la dernière maladie. Ainsi on appliqua des sangsues au siége pour les hémorrhoïdes; on combattit la toux sèche par l'huile d'amandes douces, l'extrait de jusquiame, l'assa fœtida, le sirop de pavot avec le kermès, les frictions stibiées sur le thorax, le mucilage de gomme arabique, les pilules de calomel, l'extrait de ciguë. Des fomentations sur l'hypogastre, la conserve de nymphœa et d'autres diurétiques, remédièrent aux voies urinaires, en même temps que le malade prenait des lavements où il entrait de la casse, de la rhubarbe; on administra quelquefois du calomel, du diagrède ou de la magnésie; on fortifia les muscles de la région lombaire à l'aide d'un bandage. On craignait de donner des mercuriaux à cause de la disposition au scorbut; on se contenta donc de prescrire le rob de Laffecteur, la salsepareille, les bains généraux, d'abord d'eau douce, puis d'eau minérale. Ce traitement a guéri Vianelli et la cure ne s'est pas démentie.

Troisième cas. — Rosa, âgée de trente ans, tempérament fort irritable, profession de tisserand, réglée à dix-huit, se maria bien portante le 28 février 1829, à un homme qui prit la vérole après les fiançailles; le virus s'insinua progressivement dans tout l'organisme de la femme mariée et produisit de grandes souffrances. Rosa les supportait avec courage, les attribuant à la grossesse. Elle accoucha à terme le 19 mars 1830, d'un enfant mâle qui avait le corps couvert de pustules. Ce nouveau-né, du reste, paraissait assez fort; il téta sa mère pendant quelques mois et finit par mourir dans le marasme. Cependant les symptômes vénériens prirent de l'acuité chez la mère après les couches, et la mort était imminente, lorsque le docteur Cervetto fut appelé: outre un bubon, des taches à la peau, et le tremblement des doigts, apparaissait une cyphose si considérable, que le menton touchait presque aux genoux; des douleurs plus fortes la nuit et insupportables au moindre mouvement occupaient tout le dos et les lombes; il y avait fièvre lente et diarrhée. Les lochies se convertirent en une humeur fétide et verdâtre.

A partir du 24 juin, notre confrère arrêta d'abord la diarrhée au moyen d'une décoction de riz torréfié, du tamarin et du simarouba; ensuite il mit la malade à l'usage des mercuriaux et des sudorifiques; il joignit à ceux-ci la douce-amère et l'aconit. Vingt-quatre bains généraux furent pris de deux jours l'un; le médecin de Vérone affecta de ne faire aucun traitement particulier pour la cyphose, et néanmoins la tumeur disparut complétement sous l'influence des remèdes anti-vénériens. La cure ne s'est pas démentie.

Corollaires. — La cyphose n'est pas toujours produite par le virus scrofuleux, qui ne se développe que dans l'enfance.

Elle commence quelquefois par une affection de la moelle épinière: il importe de remédier promptement à cette maladie; le chocolatier aurait pu en guérir aussi bien que le riche marchand, s'il ne l'eût pas aggravée pendant longtemps par une fatigue journalière.

La cyphose peut être un symptôme de syphilis, et guérir par le mercure et les sudorifiques.

La syphilis constitutionnelle ne guérit que par le mercure et les sudorifiques.

La gonorrhée est une maladie tout à fait distincte de la syphilis, car elle est plus ancienne que celle-ci, et n'est pas connue dans l'île de Tahiti, où les symptômes de la syphilis se montrent souvent; elle peut donc guérir sans mercure: c'est le sentiment de *Hunter*, de *Swediaur*, de *Richter* et *d'Adams*. Néanmoins il n'est pas sans exemple que la gonorrhée ait été suivie de la syphilis.

MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA. Mois de février 1839.

Cure radicale des varices, par le D. Rima, chirurgien en chef de l'hôpital de Venise.

Le docteur Rima fait un pli à la peau, l'incise, soulève la veine en la dégageant du tissu cellulaire environnant, en excise environ un demi-pouce; ensuite il applique des plumasseaux gradués au-dessus et au-dessous de l'incision, et le long du trajet de la veine; un bandage modérément serré, maintient les parties en état.

C'est une heureuse idée de s'abstenir de toute ligature, parce que l'absence des corps étrangers diminue l'irritation et en abrége la durée; encore la compression exercée sur le trajet de la veine est un puissant moyen de faire avorter l'inflammation et de concentrer dans les bords de l'incision un degré voulu pour l'adhésion. Souvent la cure s'obtient en peu de temps et par une légère réaction. On assure le succès de l'opération par le repos et la diète; à peine est-il besoin de recourir à un doux purgatif et aux délayants; il y a peu de suppuration, et la plaie se réunit par première intention.

Cependant on ne veut pas nier la possibilité d'une phlébite qui est un accident grave: il se peut qu'il survienne une inflammation qui gagne promptement la région iliaque, s'étende à la veine cave et au cœur; d'où naissent de grands

désordres, tels que fièvre aiguë, nausées, vomissements, teinte ictérique, difficulté de respirer et même la mort. Ces suites fâcheuses ont eu lieu chez un opéré qui avait fait un écart de régime : mais les antiphlogistiques et plusieurs applications de sangsues arrêtèrent le mal à sa naissance, et la guérison fut parfaite.

L'auteur présente le tableau statistique des sujets qu'il a opérés.

Guéris radicalement des varices	8
Guéris avec complication de plaie	6
Opérés dont l'état s'est amélioré	13
Opérés dont l'état s'est peu amélioré	6
Opérés dont l'état ne s'est pas amélioré	2
Morts	2
Total	37

Il ajoute trois autres opérations faites depuis la première édition de son ouvrage et dont l'issue a été heureuse, ce qui donne une proportion de deux morts sur quarante opérés, résultat qui n'a encore été obtenu par aucun opérateur.

Le docteur vénitien a observé deux phénomènes dans la formation des varices : 1° l'épaississement des tuniques des vaisseaux veineux ; 2° le mouvement inverse du sang dans les veines variqueuses. Une portion de veine variqueuse enlevée dans l'étendue d'un pouce a présenté une structure analogue à celle des artères ; la lumière de la veine coupée conservait son calibre, et les parois de ce vaisseau étaient denses et épaissis. Quant au mouvement inverse du sang, on s'en est assuré en faisant tenir debout un homme qui avait des varices à une jambe ; on a comprimé la saphène à sa partie supérieure et on a vu la partie inférieure s'aplatir ; la compression a été supprimée, et le sang a paru descendre de la partie supérieure du vaisseau au lieu d'y remonter. La cause prochaine des varices ne serait-elle pas la rupture de l'équilibre entre la résistance des parois des veines et le poids de la colonne du sang, de sorte que cet équilibre rompu, le flot sanguin reflue et retombe dans le vaisseau variqueux? toujours est-il qu'une des règles de l'opération est de ne point toucher aux petites veines variqueuses, mais d'agir sur un gros tronc variqueux, avec la précaution de ne pas inciser trop haut, pour ne pas occasionner une phlébite, en approchant trop près des veines iliaques et de la veine cave. C'est la règle que suivaient nos devanciers, avant que le docteur Rima eût donné des notions plus exactes sur les varices.

Ce procédé opératoire est applicable au varicocèle. Le même chirurgien a eu également du succès chez un jeune homme affecté d'une tumeur de ce genre, très-volumineuse et très-incommode ; mais les accidents nerveux qu'a éprouvés l'opéré portent notre habile confrère à déconseiller l'opération quand l'infirmité est supportable : car il est ennemi de toute opération de complaisance.

IV. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 20 mai 1839).

M. Magendie fait part à l'Académie du résultat de quelques-unes de ses expériences sur le système nerveux. En voici le résumé : « Les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs rachidiens sont également sensibles quand ils sont intacts les uns et les autres.

« Si l'on coupe les racines sensitives, les racines motrices perdent immédiatement leur sensibilité.

« Si l'on coupe par le milieu les nerfs moteurs, le bout qui reste attaché à la moelle épinière est tout à fait insensible, tandis que le bout opposé conserve une sensibilité exquise. C'est qu'alors la sensibilité va de la circonférence au centre.

Enfin, si l'on coupe les nerfs sensitifs à leur partie moyenne, le bout qui tient à la moelle est très-sensible ; mais le bout qui tient au ganglion est devenu tout à fait insensible. »

M. Magendie promet de rechercher si cette influence des nerfs sensitifs sur les nerfs moteurs ne se maintiendrait pas dans la moelle à l'aide de divers faisceaux qui la composent et qui peuvent eux-mêmes être distingués en sensitifs et en moteurs.

(Séance du 27.)

Recherches anatomiques sur la structure des membranes muqueuses gastrique et intestinale, par M. Flourens.

Ce travail est la suite de recherches antécédentes par lesquelles l'auteur a prouvé que la muqueuse des lèvres de la bouche et de l'œsophage se compose de trois membranes, le derme, le corps muqueux et l'épiderme. M. Flourens a le premier suivi le corps muqueux sur les lèvres, sur les joues et dans l'œsophage, et contrairement à Malpighi, qui supposait que le corps muqueux était disposé en réseau, il a démontré qu'il forme une membrane continue. L'épiderme a été reconnu de bonne heure sur les lèvres, dans la cavité buccale et dans l'œsophage. On a même prétendu le voir jusque dans l'estomac et dans les intestins. Mais Glisson, dans le dix-septième siècle, nia cette assertion et prétendit qu'il était remplacé par le mucus. Bichat, cent ans après, soutenait la même opinion. Un épispastique, disait-il, n'y soulève pas de pellicule. Béclard est de la même opinion que Bichat. Meckel la partage encore à un plus haut degré.

Mais si d'illustres anatomistes nient l'épiderme dans l'estomac, il y a en sa faveur plusieurs noms non moins illustres, tels sont : Ruysch, Lieberknuh, Haller.

Ruysch l'appelle *epithelium*, sans avoir cependant bien nettement reconnu son existence, puisqu'il ne l'a point séparé de la tunique villeuse des intestins.

Lieberknuh est beaucoup plus précis ; il dit qu'une membrane semblable à l'épiderme recouvre les villosités des intestins, et que cette membrane se continue avec l'épiderme de l'estomac, de l'œsophage et de la bouche.

Le témoignage de Haller ne peut avoir ici que peu de poids, car il paraît confondre partout le véritable épiderme avec la tunique villeuse.

M. Dœllinger a aussi vu l'épiderme de l'estomac et des intestins, et il dit que les villosités intestinales

sont enveloppées par cet épiderme, comme les doigts de la main le sont par les doigts d'un gant.

M. Flourens se range parmi les anatomistes de cette croyance; il dit avoir, à l'aide d'une macération bien conduite, réussi à détacher l'épiderme de l'estomac et des intestins, non par lambeaux et par une sorte de bonne fortune, mais par lames entières et continues, et d'une manière sûre et constante. Il a en même temps mis sous les yeux de l'Académie deux portions de l'intestin grêle, qui présentaient dans toute leur étendue l'épiderme de la tunique villeuse partout distinct et détaché de cette tunique.

Cet épiderme forme une membrane continue fine, transparente, dont toute la face externe est hérissée de saillies; par contre, la face interne présente une multitude d'enfoncements. On conçoit que ces saillies doivent servir de gaînes aux papilles du derme.

Mais ce n'est pas tout : M. Flourens fait voir, sur une de ces pièces, un véritable corps muqueux interposé entre les papilles du derme et de l'epiderme, un peu plus épais que ce dernier, et formant la première paire des papilles du derme, dont l'épiderme ne forme que la seconde. Aussi représente-t-elle les mêmes accidents de saillies et d'enfoncements. Il faut dire cependant que lorsque les gaînes de ce corps muqueux restent attachées aux papilles du derme, ce corps forme un vrai réseau factice qui, comme celui de Malpighi, ne dépend que de l'adhérence artificielle des gaînes du corps muqueux aux papilles du derme.

L'auteur a retrouvé aussi sur l'estomac ces trois membranes superposées, le derme, le corps muqueux et l'épiderme.

Il répète ce qu'il a établi dans ses précédents mémoires, savoir : que les villosités ou papilles ne sont que des productions du derme, qu'elles tiennent partout à ce derme, et que le corps muqueux et l'épiderme ne leur servent que de gaînes ou d'enveloppes.

Le caractère général des membranes muqueuses, même les plus profondes, est d'offrir un derme recouvert d'un corps muqueux et d'un épiderme, comme le caractère général de la peau est d'offrir un derme recouvert de deux épidermes. Ainsi la surface gastro-intestinale ne serait pas, d'après M. Flourens, une surface nue et dépouillée de tout autre moyen de protection que le simple mucus qui la lubréfie.

Variétés.

On lit dans le *Journal de l'Aube* :

Une fille du faubourg de Prièze, à Troyes, Ed.... C...., frappée il y a quelques semaines d'un mandat d'arrêt, sous la prévention du crime d'infanticide, vient d'être mise en liberté. Son enfant, découvert dans la fosse des lieux d'aisance de la maison de son père, était né avec une affection morbide des plus extraordinaires. Vues à l'extérieur, sa conformation et son organisation ne différaient point de l'état naturel chez l'enfant né à terme et viable. Les viscères contenus dans la cavité du bas-ventre et de la poitrine étaient aussi dans l'état naturel; mais les deux tiers environ de la cavité du crâne ne contenaient que de la sérosité. Quant au cerveau, il n'en existait d'autres vestiges qu'une petite saillie située à la partie inférieure de la cavité qu'il devait remplir en totalité. Les deux lobes du cervelet se voyaient encore, mais tellement ramollis, que ce ramollissement était évidemment morbide. La protubérance annulaire et le bulbe de sa tige rachidienne (la queue de la moelle épinière) étaient donc les seules parties de la masse encéphalique qui restassent distinctes et intactes.

Si les médecins experts (MM. les docteurs Pigeotte et Bédor) qui ont procédé à l'autopsie, eussent cru pouvoir se dispenser de faire l'ouverture du crâne, cette maladie, qui devait nécessairement causer la mort de l'enfant peu de temps après sa naissance, fût restée inconnue, l'enfant eût été déclaré viable, et la mère, traduite devant la cour d'assises, eût peut-être été condamnée à mort.

Le directeur de service, A. TROUSSEAU.

IMPRIMERIE DE A. EVERAT ET Cᵉ,
rue du Cadran, 11 et 46.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 3. — SEPTEMBRE 1839.

I — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Quelques mots et quelques faits relatifs à l'angine laryngée œdémateuse.

Sous cette dénomination nous désignons l'infiltration séreuse ou séro-purulente du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx, d'où résultent le boursouflement de la membrane muqueuse et l'occlusion plus ou moins complète de quelque point de ce conduit, un obstacle à l'introduction de l'air dans la poitrine et des accidents de suffocation plus ou moins rapidement mortels.

L'angine laryngée œdémateuse ne peut être considérée comme une maladie à part, mais comme un effet, une complication d'autres affections plus ou moins graves par elles-mêmes; il importe de signaler ses principales différences.

Résultat ordinaire d'une phlegmasie laryngée, comme l'ont démontré les recherches de MM. Bouillaud et Trousseau, et celles de M. Cruveilhier, qui l'a comprise dans l'histoire de la laryngite, la maladie qui nous occupe peut néanmoins survenir sans phénomène inflammatoire, comme le prouve le fait cité par M. Trousseau (1), d'une jeune fille qui fut prise d'anasarque et d'angine œdémateuse huit jours après la terminaison d'une scarlatine. Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que, dans ce cas, l'angine scarlatineuse avait fort bien pu prédisposer le tissu cellulaire du larynx à l'infiltration.

Tantôt la phlegmasie laryngée survient sans cause appréciable, ou sous l'influence des causes générales des phlegmasies muqueuses; d'autres fois, elle est provoquée par une cause d'irritation permanente, située dans le voisinage du larynx : tels sont les ulcérations de diverses natures, simple, syphilitique, tuberculeuse, cancéreuse; les altérations plus ou moins profondes des cartilages laryngés; un abcès, une stomatite, etc. Ces diverses lésions sont accompagnées d'un travail inflammatoire plus ou moins actif, d'un mouvement fluxionnaire plus ou moins aigu. Or, toutes les phlegmasies situées au voisinage d'un tissu cellulaire lâche et extensible déterminent dans leur voisinage une infiltration séreuse plus ou moins abondante. On conçoit, d'après cela, comment une inflammation simple ou ulcéreuse du larynx, ou de ses parties environnantes, donne lieu à l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux de ce conduit, et spécialement à l'œdème du tissu lamineux interposé entre les replis arythnéo-épiglottiques.

Les considérations qui précèdent nous montrent l'angine œdémateuse subordonnée à une phlegmasie simple du larynx, ou bien à une affection chronique curable ou incurable par elle-même.

L'œdème inflammatoire simple peut se présenter avec différents caractères d'acuité. Lorsque la phlegmasie est très-aiguë, elle domine l'œdème et appelle vers elle, au moins dans les premiers instants, toutes les ressources de la thérapeutique. L'inflammation a-t-elle été vainement combattue, ou bien est-elle d'abord subaiguë, l'œdème prédomine à tel point, que l'on peut faire abstraction de sa cause.

Dans les cas où la phlegmasie œdémateuse est subordonnée à une affection locale aiguë ou chronique, c'est encore l'œdème laryngé qui appelle immédiatement toute la sollicitude du médecin, d'après le précepte *urgentiori occurrendum*, sauf à combattre ultérieurement la cause de cette phlegmasie, s'il est possible de la détruire, comme cela aurait lieu pour des ulcérations syphilitiques de la gorge.

A ces diverses formes d'angines œdémateuses, qui, pour la plupart, sont symptomatiques, ne pourrait-on ajouter une angine laryngée rhumatismale? Les appareils fibro-séreux qui unissent entre eux les cartilages du larynx ne sont pas à l'abri des localisations du rhumatisme. Il n'est pas rare de voir des rhumatisants se plaindre de douleur au larynx, de dif-

(1) Trousseau et Belloc. — Des rapports de l'angine œdémateuse avec la phthisie laryngée. — *Journal des Connaissances-Médico-Chirurgicales*, juillet 1836.

ficulté dans la déglutition. La congestion rhumatismale s'accompagne souvent de fluxion séreuse. On conçoit facilement la formation de l'œdème laryngé dans les cas où les articulations de ce conduit sont affectées de rhumatisme. Ceci n'est point une hypothèse gratuite; car nous verrons qu'un de nos malades était dans des circonstances telles, que l'on peut rapporter l'œdème laryngé à une disposition rhumatismale.

L'angine œdémateuse marche quelquefois avec lenteur; elle est précédée plus ou moins longtemps d'avance par des phénomènes qui annoncent une affection chronique du larynx. Peut-être, dans les descriptions que l'on a données de cette maladie, a-t on rapporté à l'œdème des symptômes qui appartenaient à la phlegmasie chronique, à l'ulcération, etc., qui a déterminé la fluxion séreuse. Une ulcération, en effet, peut durer plusieurs mois sans accidents bien graves; mais l'œdème laryngé, une fois constitué, amène immédiatement la suffocation. Tout ce que l'on a dit de la période prodromatique de cette angine doit donc être rapporté aux lésions chroniques dont elle dépend. On conçoit, néanmoins, que sous l'influence d'une phlegmasie ulcéreuse chronique, l'œdème s'établisse avec lenteur et pour ainsi dire goutte à goutte; tandis qu'il fera, en quelque sorte, explosion s'il dépend d'une phlegmasie aiguë qui a vivement congestionné le larynx. Du reste, comme nous le verrons, l'œdème laryngé marche quelquefois avec une effrayante rapidité, bien qu'il ne soit accompagné que d'une phlegmasie subaiguë.

Suivant le siége de l'œdème, on pourrait, avec M. Cruveilhier, distinguer l'angine œdémateuse en *sus* et *sous* glottique. A la première se rapporteraient tous les phénomènes qui se rattachent à ce formidable accident, tandis que la seconde serait presque exempte d'inconvénient. Mais la nature franchit souvent les limites que nos distinctions lui imposent, et il est rare que la phlegmasie du larynx soit exactement bornée aux parties situées au-dessus ou au-dessous de la glotte. Cependant, il y a une différence capitale, pour les accidents, entre l'œdème *sus* et *sous* glottique.

Les observations qui suivent viendront à l'appui de ces considérations. L'histoire de l'angine œdémateuse est trop récente, et cette formidable affection est, heureusement, trop rare pour que la publication de quelques faits ne soit pas utile à la science.

Catarrhe pulmonaire, angine œdémateuse; mort.

Obs. 1re. — Bouchu, âgé de cinquante-quatre ans, employé dans une administration, entra à l'hôpital Cochin le 5 janvier 1825.

Doué d'une constitution forte et pléthorique, il éprouvait, lors de son entrée, les symptômes d'un catarrhe pulmonaire peu intense, qui avait environ dix jours de durée, et dont le début avait été marqué par un frisson.

Pendant quelques jours, ce malade ne présenta aucun phénomène bien remarquable; mais, vers le milieu du mois, un état fébrile assez prononcé survint; pouls habituellement dur et développé, fréquent; peau chaude; quelques sueurs la nuit; voix un peu rauque; expectoration muqueuse et abondante; râle muqueux des deux côtés de la poitrine. (Boissons pectorales, potions calmantes, jaleps kermétisés.)

23 Janvier, le malade se lève, est pris de froid (la température depuis quelques jours est froide et humide). Le soir, douleur à la gorge, gêne dans la déglutition; difficulté dans l'inspiration; voix moins forte, plus rauque; râle muqueux abondant dans toute la poitrine; pas de fièvre, (vingt-cinq sangsues à la partie supérieure du sternum); nuit agitée.

24, Gêne plus grande dans l'inspiration; l'entrée de l'air dans le larynx est accompagnée d'une *raucite*, d'un *ronflement* remarquable, orthopnée; pouls développé, peu fréquent. (Saignée du bras.)

Appelé à midi près du malade, je le trouve dans l'état suivant: orthopnée, efforts violents pour respirer; inspiration courte, *ronflante, rauque, terminée par une espèce de cri analogue à celui d'un jeune coq; expiration facile:* tous ces phénomènes se passent évidemment au larynx; voile du palais et amygdales d'un rouge pâle et d'une tuméfaction comme œdémateuse, semi-transparente. Râle ronflant dans toute la poitrine; anxiété; déglutition des boissons facile, mais suivie de plus de difficulté dans l'inspiration, et d'une angoisse inexprimable; pouls encore assez développé; sueur visqueuse sur tout le corps, mais plus abondante à la face et au cou; face pâle, décomposée.

Le sang est couenneux, ne contient pas de sérum. (Saignée nouvelle de trois palettes; deux grains d'émétique dans un verre d'eau: cette boisson n'est prise qu'avec la plus grande difficulté et par cuillerées; (trente sangsues autour du cou, sinapisme au genou.) Malgré ces moyens, les accidents augmentent, et la mort arrive trois heures après, dans un état de suffocation effrayante.

Nécropsie vingt-quatre heures après la mort.

1° Infiltration de sérosité citrine dans le tissu cellulaire de la base de la langue, du voile du palais et de ses piliers, de la luette; épiglotte relevée, boursouflée et fortement infiltrée: tou es ces parties offrent une légère teinte rosée, et quelques traces de piqueté rouge.

A la partie droite, postérieure et supérieure du pharynx, existent deux ulcérations d'un pouce de largeur, à fond grisâtre, entourées d'une aréole inflammatoire.

Replis muqueux arythéno-épiglottiques infiltrés, un peu moins cependant que les autres parties, mais moins flasques et s'affaissant facilement sur l'ouverture du larynx.

L'infiltration va décroissant vers les sinus, mais reparaît plus forte sous la muqueuse de la paroi postérieure de la trachée; cette muqueuse est fortement colorée en rouge.

Teinte violacée de la muqueuse bronchique; bronches remplies de mucosités visqueuses, épaisses et filantes.

Un verre de cérosité citrine dans chaque plèvre; quelques adhérences anciennes.

Poumons crépitants, friables, gorgés de sang, le droit un peu plus que le gauche.

Un verre environ de sérosité citrine dans le péricarde; rougeur assez vive des valvules et de la tunique interne de l'aorte.

Rien dans le péritoine.

Muqueuse gastrique légèrement ardoisée près du pylore; quelques plaques de Peyer, dont plu-

sieurs profondément ulcérées vers la fin de l'intestin grêle.

Les autres viscères abdominaux sains.

Réflexions. — L'angine œdémateuse, chez ce malade, a été probablement favorisée par les ulcérations du pharynx. Cependant il faut remarquer que ces ulcérations étaient assez éloignées du larynx, et que chaque jour on voit de vastes ulcérations ravager la gorge, sans pour cela provoquer l'œdème du larynx. Il faut donc, pour expliquer ce dernier, recourir à une prédisposition individuelle, ou bien à l'action accidentelle d'une cause générale, du froid humide, par exemple. Le sujet de cette observation était déjà soumis à une affection catarrhale, lorsqu'est survenu l'œdème laryngé. Celui-ci a été précédé manifestement par l'action du froid humide sur le corps. Le sang extrait par la saignée s'est recouvert d'une couenne inflammatoire, ce qui accusait un état pathologique général; c'est sous l'influence de ces circonstances que l'angine œdémateuse s'est développée; il est difficile de dire quelle a été la part des ulcérations du pharynx sur sa production.

La disposition des replis muqueux arythéno-épiglottiques suffit pour expliquer les accidents de suffocation qui ont amené la mort. Leur tuméfaction œdémateuse obstruait en partie l'ouverture du larynx, et leur flaccidité facilitait leur affaissement sur cet orifice au moment où l'air tendait à s'y introduire. Ils faisaient l'office de soupapes, dont la fermeture était en raison de la violence des efforts inspiratoires.

A cette cause toute-puissante d'asphyxie s'en joignait une autre, l'engouement des bronches. Il existait chez ce malade un catarrhe pulmonaire; par conséquent la sécrétion bronchique était augmentée. La colonne d'air qui arrivait dans ces canaux était insuffisante pour alimenter la toux; l'expectoration ne pouvait avoir lieu. Ajoutons encore que la sérosité pulmonaire, qui, dans l'état normal, sort en vapeur avec l'air expiré, n'étant plus qu'imparfaitement exhalée, doit se condenser dans les bronches et augmenter leur engouement, lorsque ces organes ne reçoivent plus la quantité de fluide élastique nécessaire à l'exécution des fonctions respiratoires. L'engouement bronchique est, sans doute, une des causes contre lesquelles vient échouer la trachéotomie, lorsqu'elle est pratiquée pour soustraire un malade aux angoisses de la suffocation dans l'angine œdémateuse.

Les symptômes principaux de cette angine ont été une douleur à la gorge, la gêne de la déglutition, *la raucité de la voix, la difficulté de l'inspiration, l'expiration restant libre, le ronflement laringé au moment où l'air traversait le larynx, un léger bruit croupal à la fin des courtes et bruyantes inspirations.* Ces derniers symptômes appartiennent à l'affection du larynx; la douleur et la gêne de la déglutition peuvent dépendre de la phlegmasie gutturale.

Ici l'œdème était *simple*, bien qu'il reconnût une cause inflammatoire; l'infiltration était simplement séreuse. Une durée plus longue aurait peut-être amené de la suppuration.

Les ulcérations de la gorge étaient-elles de même nature que celles de l'intestin grêle? Celles-ci étaient-elles caractéristiques d'une affection thyphoïde? Ce serait un fait bien remarquable en considérant l'âge du malade.

Symptômes de congestion vers la tête; rhumatisme chronique; angine œdémateuse; guérison.

Obs. II. — Bonnet Pierre, âgé de soixante-dix ans, carrier, fut reçu à l'hôpital Cochin, le 21 janvier 1825, et couché au n° 8 de la salle Saint-Philippe.

Doué d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez robuste, d'une taille ordinaire, il a le crâne très-développé, le front haut et saillant.

Il n'a éprouvé, dans le cours de sa vie, aucune maladie grave; mais, dans les travaux pénibles de sa profession, il a eu la mâchoire inférieure et le bras droit fracturés. Par suite de ces accidents, les mouvements des doigts sont restés difficiles, et la bouche a subi une légère déviation à droite. Du reste, il jouit habituellement d'une bonne santé.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il est pris d'étourdissements, d'éblouissements, de vertiges, de tintements d'oreilles, avec picotements dans les membres, et difficulté de leurs mouvements; il est forcé de suspendre ses travaux.

Tels sont les accidents dont se plaint le malade lors de son entrée à l'hôpital. Il a la face colorée, les pupilles naturellement dilatées; un peu d'embarras dans la langue; le pouls plein, dur et lent; les articulations des doigts sont le siége d'une sorte d'empâtement, sans douleur notable, mais avec difficulté dans les mouvements de flexion. D'ailleurs, les autres fonctions s'exécutent comme en bonne santé.

Des sangsues appliquées derrière les oreilles calment les accidents cérébraux.

Le malade reste pendant plusieurs jours à l'usage d'une tisane d'arnica, mangeant la demi-portion. Des sueurs aigres, assez abondantes, amènent la résolution de l'empâtement articulaire; les engourdissements dans les membres cessent, et la liberté des mouvements se rétablit.

Ces accidents, peu graves, étaient presque terminés, lorsque, le 6 mars, le malade se plaignit d'une douleur avec chaleur à la gorge et difficulté dans la déglutition, offrant tous les symptômes rationnels d'une angine gutturale. Toutes les tentatives faites pour examiner la gorge furent inutiles; des envies de vomir avec contraction presque convulsive, involontaire, de tous les muscles de la déglutition, s'opposèrent invinciblement à ce que cet examen pût avoir lieu. Comme le pouls était plein, quoique peu fréquent, on pratiqua une saignée, qui parut soulager immédiatement.

7 Mars, amélioration; moins de douleur et de difficulté dans la déglutition; cependant la voix du malade me paraît un peu plus rauque que de coutume. (Boissons et gargarismes adoucis, bouillon.)

8 Mars, voix affaiblie, très-rauque; respiration fréquente et courte; inspiration difficile; expiration accompagnée d'un *frôlement* très-marqué; légère anxiété (quarante sangsues au cou);

les piqûres de sangsues fournissent beaucoup de sang.

Vers le milieu du jour il n'y a aucun soulagement; les accidents sont même augmentés. Le *frôlement* qui accompagne l'expiration et qui paraît venir des bords de la glotte, est plus prononcé, et quelquefois suivi, à la fin de l'expiration, d'un léger bruit croupal; l'inspiration est courte, fréquente, difficile; l'expiration plus longue est accompagnée d'un ronflement très-fort dans toute la poitrine; anxiété plus grande; envies continuelles de cracher ou d'expectorer des mucosités abondantes. Je ne puis encore parvenir à voir le fond de la gorge; mais je réussis, avec peine, à introduire le doigt indicateur jusqu'au larynx. Le vide laissé entre les arcades alvéolaires par des grosses molaires anciennement arrachées, facilite cette opération; je sens manifestement les replis arythéno-épiglottiques tuméfiés, mous, et formant une espèce de bourrelet de chaque côté de l'ouverture du larynx; je ne puis douter que ces replis muqueux ne soient le siége d'un œdème; la suffocation, bientôt imminente, ne peut être prévenue que par l'évacuation rapide de la sérosité accumulée dans l'épaisseur de ces ligaments; je tente avec l'ongle de déchirer, d'érailler la muqueuse ainsi boursouflée, je ne réussis qu'incomplétement, obligé de retirer mon doigt à cause des contractions presque convulsives que sa présence provoque dans les muscles de la face et du pharynx. Je réitère, néanmoins, cette manœuvre à plusieurs reprises; il s'écoule un peu de sang, mêlé à des mucosités abondantes. Le malade paraît un peu soulagé, il trouve sa respiration plus libre. Je le quitte, dans l'intention de revenir au même moyen, si les accidents augmentent.

A quatre heures du soir, il y a un peu de calme; mais dans la soirée les accidents augmentent peu à peu; vers neuf heures, le malade est en proie aux angoisses de la suffocation; orthopnée, agitation, anxiété extrême; la face exprime la souffrance et l'effroi; tous les muscles inspirateurs se contractent avec force pour faire pénétrer l'air dans la poitrine; les muscles se raidissent instinctivement pour faciliter l'action des muscles de la respiration; sa tête se renverse en arrière; le tronc se porte en avant, sur les côtés, afin de trouver une position plus favorable à la respiration: efforts inutiles, vaine agitation! A peine l'inspiration est-elle commencée, qu'elle est arrêtée par un obstacle insurmontable; *une sorte de claquement, analogue à celui d'une soupape qui se ferme, termine ces courtes et fréquentes inspirations;* tandis que l'expiration est toujours marquée par le *même frôlement*. La face est pâle, les traits décomposés, le pouls petit et misérable; la mort me paraît imminente. L'introduction du doigt dans la bouche me fait reconnaître l'existence du bourrelet œdémateux, qui obstrue l'ouverture du larynx. Je tente de nouveau de le déchirer avec l'ongle, et pour arriver plus sûrement à ce résultat, *je me taille l'extrémité libre de l'ongle de l'index, de manière à former des pointes aiguës;* je déchire, autant qu'il m'est possible de le faire, la muqueuse boursouflée; des mucosités s'écoulent en abondance après cette opération: j'applique en même temps un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou, décidé à pratiquer la trachéotomie, si l'état du malade ne subit une prompte amélioration. Je me retire après avoir recommandé aux gens de service de venir m'appeler, si le mieux ne se manifeste bientôt.

9 *Mars au matin*, quel est mon étonnement et ma joie, en voyant le malade couché dans l'état naturel, respirant avec facilité, et ne conservant des symptômes de la veille, qu'un peu de raucité dans la voix! l'inspiration se fait en toute liberté et largement; le pouls est relevé, la face est calme.

Après avoir rendu des mucosités en abondance, le malade avait été soulagé; peu à peu sa respiration était devenue plus libre, et, vers le matin, il avait pu se livrer aux douceurs d'un sommeil paisible. Le vésicatoire s'était fait promptement sentir, et avait paru concourir puissamment à l'amélioration; il fut levé le matin: sa surface, après l'enlèvement de l'épiderme, était recouverte d'une couenne grisâtre. (Gom.—garg. miel ros.—jul. kermès 1 gr.)

Les jours suivants, la voix s'éclaircit, le mieux continue; cependant on tient le malade au lit, en lui recommandant d'éviter le froid. On lui donne quelques aliments; il se lève un peu dans la journée du 16; la convalescence marche franchement, et vers la fin du mois, Bonnet sort de l'hôpital, ayant repris de l'embonpoint et des forces, sans aucun ressentiment des accidents qu'il avait éprouvés.

Réflexions. — Entre cette observation et la précédente, recueillie à peu près à la même époque, il existe plusieurs points d'analogie.

Dans l'un et l'autre cas, l'invasion de la maladie du larynx est prompte, la marche rapide.

Dans l'un et l'autre cas, il existe des prédispositions individuelles à l'inflammation. Chez le dernier malade, c'est une diathèse rhumatismale qui a bien pu se localiser sur les articulations du larynx. Dans l'un et l'autre cas, l'impression du froid a pu présider au développement de la maladie.

De part et d'autre, les symptômes laryngés sont à peu près les mêmes: *douleurs, raucité de la voix, bruit croupal*, FRÔLEMENT particulier, qu'il est difficile de caractériser, mais qui est un signe précieux; *inspiration difficile, courte, incomplète et fréquente; expiration facile, imminence de suffocation.*

Ici se présentent quelques différences: le frôlement, dans le premier cas, a lieu pendant l'inspiration; pendant l'expiration, dans le second. Ce frôlement paraît dû aux vibrations déterminées par l'air sur les bords tuméfiés de l'ouverture supérieure du larynx. Si cette explication est juste, il est facile de concevoir que, chez le premier malade, le tuméfaction n'étant pas assez considérable pour opérer l'occlusion du larynx, et les ligaments arythéno-épiglottiques étant relâchés, le *frôlement* ne pouvait avoir lieu qu'au moment où ces derniers étaient tendus par l'air qui pesait sur eux en pénétrant dans la poitrine; tandis que, chez le second, le gonflement étant plus considérable, ces ligaments, sous la pression de l'air attiré par les inspirations convulsives, se rapprochaient au point de se toucher; de là le bruit de *soupape;* et d'un autre côté, l'air expiré, en passant à travers l'ouverture rétrécie du larynx, exerçait un frottement suffisant sur ses bords tuméfiés et tendus, pour donner lieu au bruit du frôlement. Sans attacher à cette explication plus d'importance qu'elle n'en mérite, nous pouvons nous bor-

ner à constater les faits. Ils ont assez de valeur comme phénomènes diagnostiques.

Le traitement antiphlogistique a été insuffisant dans l'un comme dans l'autre cas. On a vu avec quel bonheur nous avions, chez le second, employé la déchirure de la muqueuse tuméfiée. Cependant, malgré la satisfaction que nous pourrions retirer d'une idée heureuse dont nous aurions fait l'application à une maladie nécessairement mortelle, nous pensons que le vésicatoire n'a peut-être pas moins contribué à la guérison que le moyen employé pour déchirer la muqueuse œdématiée. Déjà, en 1823, chez une femme âgée, couchée à l'un des premiers lits de la salle Sainte-Monique, à l'Hôtel-Dieu, et offrant des symptômes fort analogues à ceux de l'angine laryngée œdémateuse, nous avions, à la visite du soir, appliqué un large vésicatoire au devant du cou, avec un succès tel, que les accidents de suffocation avaient disparu dans le courant de la nuit. Mais, comme la note conservée sur cette malade est fort incomplète, nous n'oserions affirmer que nous ayons eu affaire à une angine œdémateuse. C'est néanmoins le souvenir de ce fait qui nous a guidé dans l'application du vésicatoire chez notre second malade.

L'observation suivante, recueillie récemment à l'Hôtel-Dieu, nous montrera une angine œdémateuse mixte, une infiltration séreuse et purulente; elle offrira, d'ailleurs, beaucoup d'analogie avec les précédentes, et des résultats thérapeutiques un peu différents.

Pleuro-pneumonie avec récidives; symptômes de fièvre tierce; angine œdémateuse; mort.

Etienne Binet, âgé de dix-huit ans, drapier, d'une constitution forte (cheveux bruns, coloration rosée du visage); d'un embonpoint modéré, demeurant à Paris depuis deux mois, rue des Barres, n° 2, dans une chambre bien aérée, est entré le 9 mai 1839, salle Saint-Bernard, n° 6. Il dit qu'il y a cinq ans, il a éprouvé une maladie analogue à celle dont il se plaint; il avait un point de côté, de la dyspnée, de la toux, de la fièvre, pas de crachement de sang; sa maladie dura deux mois. Il y a un an, il a éprouvé des accidents analogues et a été malade pendant trois mois.

Le 6 mai, trois jours avant son admission à l'hôpital, après avoir bu dans la soirée de l'eau froide, ayant chaud, il fut pris de mal de gorge et de toux; il travailla encore le 7; cependant, vers le milieu de la journée, il éprouva de la fièvre, et, le soir, de la douleur dans le côté. La nuit, gêne de la respiration, augmentation de la toux; persistance de la fièvre et du point de côté. Le 8, crachement de sang, douleur très-vive calmée par une saignée; vomissement et dévoiement abondant.

Le 9, jour d'entrée, pas d'amélioration, fatigue plus grande, faiblesse augmentée.

Décubitus dorsal, pénible à gauche, assez facile à droite, figure animée, pommettes injectées, yeux brillants, teinte jaunâtre des lèvres et des ailes du nez : cependant physionomie peu altérée. Respiration à peu près naturelle, douleur tout à fait à la partie externe du côté gauche, augmentant par la toux, la pression et l'inspiration, pas vive d'ailleurs; toux médiocrement fréquente pénible, expectoration assez facile; crachats de couleur d'abricot foncée, non visqueux non aérés, en petite quantité.

Sonoréité normale dans toute la partie antérieure de la poitrine, et postérieure droite. A gauche, en arrière, matité complète des deux tiers inférieurs, sonoréité assez bonne dans le tiers supérieur, bruit respiratoire normal dans le tiers supérieur; respiration bronchique et bronchophonie intense avec chevrottement, s'étendant un peu en dehors, dans les deux tiers inférieurs, là où existe la matité.

Pouls quatre-vingt-cinq, assez développé, peu dur; cœur libre; peau modérément chaude.

Langue blanchâtre, soif vive, bouche pâteuse, pas de vomissements, trois selles liquides. Ventre un peu douloureux à l'épigastre et à la région iléocœcale; pas de sommeil depuis trois nuits, céphalalgie frontale. (Saignée de trois palettes.)

Le 10, amélioration; face calme; peau fraîche, pouls soixante-six; matité bornée à la moitié inférieure postérieure gauche; respiration bronchique moins intense, râle de retour au tiers moyen; crachats incolores, mais décomposés depuis la veille dans le crachoir de cuivre. Soif encore vive; pas de dévoiement, un peu de sommeil. (Mauve, looch kermès gr. IV, bouillon, soupe.) Le sang de la saignée est légèrement couenneux, ferme et peu séreux.

Le 11, apyrexie complète; état de santé presque parfait; crachats nets, encore quelques bulles de râle. (Deux potages.) Dans la journée, le malade se lève pendant deux heures. Dans la nuit, réapparition de la douleur de côté, de la dyspnée, crachats visqueux et sanglants; respirations, cinquante par minute; bronchophonie dans les trois quarts inférieurs postérieurs gauches; peau chaude, pouls cent, large et plein. (Mauve; saignée, trois palettes matin et soir; une saignée est oubliée; diète.)

Le 13, figure animée, anxieuse; pouls cent quatre, sans chaleur vive à la peau; même accélération de la respiration; toux fréquente, crachats tout à fait sanglants, visqueux et aérés; apparition d'une douleur au côté droit, avec bronchophonie dans les trois cinquièmes moyens postérieurement; même état à gauche, sauf un peu de râle en bas. (Saignée de trois palettes.)

Le 14, oppression grande, figure souffrante; pouls cent seize, mou, peau chaude, crachats tirant vers le jus de pruneaux; bronchophonie dans les quatre cinquièmes postérieurs inférieurs des deux côtés, avec matité; battements du cœur sourds, langue blanchâtre. (Saignée de trois palettes, potion avec six grains de tartre stibié; sinapismes répétés; diète.) Une seconde saignée est pratiquée le soir, le sang en est peu ferme; la couenne, d'une ligne d'épaisseur, est molle; pas de sérosité.

Le 15, figure calme, naturelle, peu de dyspnée, pouls quatre-vingts, peau fraîche, langue nette; il y a eu plusieurs vomissements; la respiration bronchique diminuée des trois quarts; bruit respiratoire revenu en grande partie; un peu de râle. (Mauve, pot. émét. 6 gr., d.)

Le 16, bon état, peau fraîche, pouls soixante-huit; râle crépitant de retour abondant; peu de respiration bronchique. (Même prescrip.)

Le 17, apyrexie, crachats nets, respiration naturelle. Encore un peu de souffle sous l'omoplate droite. (Pot. émét., quatre gr., bouillon.)

Le 18, très-bon état. (Mauve, looch kermès, quatre gr., bouillon et potage.)

Le 19, nous constatons un peu d'épanchement à droite et en arrière, à la base; souffle, matité et égophonie en ce point.

Le 20, le même épanchement est constaté à

gauche. (Mauve, huile de ricin, sirop de nerprun aâ ℥vj trois pot., trois laits.)

Le 22, l'épanchement occupe des deux côtés les trois quarts inférieurs et postérieurs, un peu de dévoiement; d'ailleurs bon état. (Bouillon et potage.)

Le 23, même état. (Apérit. nitratrate de pot. ℥B vin diur. amer ℥ij. quart lait).

Les jours suivants, urine assez abondante; cependant l'épanchement persiste.

Le 29, nous remplaçons la tisane apéritive par le petit-lait.

Le 3 juin, épanchement résorbé à droite; râle muqueux assez abondant.

Le 7 juin, rien de changé dans l'état du malade, qui est tout à fait bien, sauf l'épanchement du côté gauche; mais la veille, il a eu un violent accès de fièvre, avec les trois stades. Aucune affection locale nouvelle.

Le 8, l'accès se renouvelle comme l'avant-veille.

Le 9, on remarque une teinte jaunâtre, mais une apyrexie comp. (Centaurée, sulfate de quinine six grains.)

Le 10, l'accès revient aussi intense. (Six gr. de sulfate de quinine, immédiatement après.) Cependant l'épanchement pleurétique se résorbe et la respiration reparaît.

Le 11, léger mal de gorge le matin. *Le soir*, imminence de suffocation, gorge libre; gonflement et douleur au niveau du larynx, extérieurement; voix croupale, impossibilité d'avaler. Toux fréquente, crachats sanglants; matité et souffle bronchique en arrière des deux côtés de la poitrine. Pouls fort, assez large; on applique des sangsues sur les côtés du cou.

Le 12, je revois le malade; il est orthopnique, sa figure est pâle et comme plombée, elle porte l'empreinte d'une anxiété inexprimable. Efforts pour respirer; l'air ne traverse le larynx qu'avec peine et avec un sifflement croupal; l'inspiration est pénible, incomplète; l'expiration facile. *A l'aspect du malade*, aux phénomènes laryngés perçus par l'oreille, il paraît évident qu'il existe un œdème de la glotte; nous constatons la recrudescence de la pleuro-pneumonie; les bronches sont le siége d'un râle abondant. Le bruit laryngé, espèce de sifflement croupal, mêlé de frôlement, retentit dans les gros canaux bronchiques; et souvent la fin de l'inspiration est subitement arrêtée, comme si un corps était venu s'appliquer sur le larynx et en boucher l'ouverture. Aphonie, voix basse et rauque. Nous constatons, au moyen du doigt, *le bourrelet* que forment l'épiglotte et les replis muqueux arythéno-épiglottiques. L'épiglotte sous le doigt, ressemble à une petite noisette; impossibilité d'avaler, déglutition très-douloureuse, les boissons reviennent par les fosses nasales; la déglutition augmente la suffocation. Le malade est faible, le pouls petit; les piqûres de sangsues ont fourni beaucoup de sang, l'une de'lles coule encore. Nous la cautérisons.

Avec l'ongle du doigt indicateur nous déchirons le bourrelet que forme l'épiglotte; cette opération est très-pénible, accompagnée de suffocation et suivie d'expuition de crachats mêlés de sang. Le malade se dit un peu soulagé. (Tartre stibié gr. I, vésicatoire de six à huit pouces au devant du cou et de la poitrine.)

Dans la journée, je revois le malade; son état semble aggravé: il dit qu'il souffre davantage depuis *qu'il a été opéré*. Je pratique immédiatement dans la gorge une insufflation de demi-gros à un gros d'alun pulvérisé; elle est répétée trois fois dans la journée; et chaque fois elle est accompagnée d'efforts pour cracher, pour vomir, et de l'expulsion d'une grande quantité de mucosités. Soulagement après la première insufflation.

Le 13, amélioration notable; diminution de l'oppression et de l'anxiété. Voix encore rauque, mais moins ronflante; déglutition un peu plus facile; une partie des boissons revient encore par le nez, cou encore gonflé et douloureux. Les crachats ne contiennent presque plus de sang. Respiration bronchique moins intense; râle assez volumineux et sec à gauche, nul à droite; le malade est couché presque horizontalement. (Activer le vésicatoire; continuer les insufflations d'alun.)

Le 14, bon état, aphonie persistante; mêmes phénomènes de déglutition; luette et piliers du voile du palais gonflés, demi-transparents; inspiration facile, cessation du frôlement et du sifflement croupal; pouls cent, régulier, peau fraîche, pas de sommeil. (Mauve, insufflations alumineuses, deux laits.)

Le 15, le malade se dit plus mal, et se plaint d'un point violent, à droite au-dessous du sein; matité en arrière et râle crépitant dans la moitié inférieure. La gorge est mieux; la voix revient un peu; la luette est encore légèrement œdémateuse. Tous les phénomènes laryngés sont calmés, l'inspiration est libre de ce côté; pouls cent vingt, peau chaude. (Mauve, jul. oximel scill. ℥B insufflation, alun, vent. scarr. deux pal. sur le côté dant. D.) Dans la journée, le malade se lève à chaque instant et va se coucher sur différents lits, il est agité, se plaint d'une vive oppression.

Le 16, voix meilleure, espèce d'anxiété, qui force le malade à vouloir se lever, à changer de lit; il ne se trouve bien dans aucun. Cependant son intelligence est saine; prescience funeste. A droite et en arrière, égaphonie avec quelques bulles de râle craquant. Premier bruit du cœur très-sec, très-âpre, accompagné d'un double bruit de frottement ascendant et descendant, assez semblable à celui que fait entendre la langue râpeuse du chat lorsqu'il lèche; difficile à saisir, occupant surtout la base du cœur, et acquérant de l'intensité pendant l'inspiration; pouls cent vingt-quatre. (Gom. jul. ox. scil., sinapismes répétés, bouillon de poulet.)

Mort à neuf heures du soir, mais sans accidents de suffocation. Il est à noter que l'on a trouvé sous les matelas des morceaux de viande de charcuterie, apportés en cachette; depuis longtemps cette fraude avait lieu sans que l'on s'en doutât.

Autopsie faite le 18, à neuf heures du matin.

La tête n'a pas été ouverte.

Poitrine. — Côté droit: la plèvre contient environ un litre de liquide jaunâtre purulent, assez tenu, au milieu duquel flottent en assez grande quantité des fausses membranes de même couleur, molles et peu épaisses. La plèvre pariétale et viscérale est tapissée par des pseudo-membranes plus ou moins épaisses, adhérentes par des prolongements, et unissant, en bas, le poumon au diaphragme et à la gouttière vertébrale. Ces fausses membranes, peu consistantes, ont néanmoins subi, en plusieurs points, un commencement d'organisation.

Le poumon droit, refoulé par l'épanchement, est légèrement affaissé. Les lobes sont unis par des fausses membranes. Tissu pulmonaire souple, crépitant, légèrement infiltré et engoué par de la sérosité sanguinolente à sa partie postérieure. Sa consistance est normale, sa couleur légèrement ardoisée.

Côté gauche: épanchement séreux, brunâtre, peu abondant; moitié moindre qu'à droite.

sans fausses membranes; poumon infiltré de sérosité.

Tissu cellulaire du médiastin antérieur infiltré de sérosité.

Cœur.— Trois onces de liquide brunâtre environ dans le péricarde ; vers l'origine des gros vaisseaux existent, sur les deux faces de cette membrane, des parcelles et des granulations pseudo-membraneuses, récentes et assez fermes; teinte opaline marquée le long des sillons du cœur. Volume du cœur normal; sang noir semi-liquide dans ses cavités, dont la surface interne est colorée en rouge brun.

Œdème de la glotte : voile du palais. — Sa portion verticale est un peu infiltrée et épaissie, sans altération de couleur. C'est autour de l'épiglotte, de l'orifice supérieur du larynx, et dans les tissus qui concourent à former les gouttières latérales pharyngo-laryngiennes, qu'existent les altérations les plus remarquables.

La muqueuse qui forme les replis qui de l'épiglotte vont à la langue, aux parties latérales du larynx, aux cartilages arythénoïdes, est disséquée; elle laisse sous elle un espace vide, triangulaire; cette disposition est surtout marquée du côté lingual de l'épiglotte, où la muqueuse disséquée est percée de plusieurs petites ouvertures oblongues.

Dans les replis arythéno-épiglottiques existe une infiltration purulente, qui donne aux tissus une couleur jaune verdâtre. Ces replis sont notablement épaissis, mais ils ont une bonne fermeté, et laissent l'orifice du larynx parfaitement libre. Le bord supérieur de ces replis est creusé par une ulcération peu profonde qui s'étend de l'épiglotte aux cartilages arithénoïdes. Les tissus de la gouttière latérale pharyngo-laryngienne du côté gauche sont infiltrés de pus d'un jaune verdâtre. Entre les cartilages thyroïde et cricoïde, de ce côté, existe une excavation pouvant contenir deux lentilles, à parois molles, purulentes, faciles à déchirer avec l'ongle.

Du côté droit, après avoir disséqué les tissus, on rencontre profondément, sous la gouttière latérale, entre les cartilages thyroïde et cricoïde, une collection de pus diffuse, occupant presque tout l'espace limité par les parties précédemment indiquées. Le pus est en contact avec les cartilages, qui cependant ne sont point altérés.

Sur la surface laryngée de l'épiglotte, on trouve trois ulcérations lenticulaires, pâles, à bords mous.

L'orifice supérieur du larynx a trois lignes et demie de diamètre; il est difficilement recouvert par l'épiglotte, dont les mouvements ne sont pas très-libres.

Enfin, dans la profondeur de la membrane thyrohyoïdienne du côté droit, existe un petit abcès du volume d'un haricot, contenant du pus de bonne nature, sans communication avec le larynx.

Les cordes vocales, l'intérieur du larynx et de la trachée, sont pâles et sans altération appréciable.

La phlegmasie était donc extérieure au larynx; mais il ne faut pas se tromper sur la quantité du pus infiltré dans toutes les parties phlogosées, il y en avait tout au plus deux à trois gros. Les tissus étaient peu altérés; d'ailleurs *rien de notable* dans les viscères abdominaux.

Réflexions.— Le fait que l'on vient de lire est complexe : nous avons cru néanmoins devoir en relater les principales circonstances, afin de faire voir l'enchaînement qui a existé entre les accidents primitifs et consécutifs.

Comme dans les deux observations précédentes, l'angine œdémateuse se déclare sous l'influence de causes générales et d'une prédisposition inflammatoire individuelle : il n'est cependant pas facile de déterminer quelle a été la part de chacune de ces causes dans la production de la maladie; mais il est probable que la prédisposition existant, l'impression du froid sur le corps a été la cause déterminante. Je sais bien que chez notre dernier malade l'angine s'est montrée au milieu de chaleurs orageuses; mais pendant ces chaleurs, la transpiration cutanée était devenue excessive; la position du lit du malade entre deux croisées presque toujours ouvertes et sur le courant de la rivière, a dû l'exposer au refroidissement. Ajoutons à cela l'indocilité de ce malade, qui, malgré les observations qui lui étaient faites, ne cessait de se découvrir et de s'exposer au courant d'air frais qui balayait la surface de son lit.

A quelle époque doit-on faire remonter l'invasion de la laryngite ? Le début de la pneumonie avait bien été marqué par un léger mal de gorge, mais qui n'avait pas eu de suite; il est difficile de supposer qu'une phlegmasie du larynx assez aiguë pour se terminer par suppuration, ait pu exister pendant près d'un mois sans se révéler par quelque trouble des fonctions de cet organe. Les lésions cadavériques d'ailleurs n'accusent qu'une phlegmasie récente.

L'ulcération toute superficielle du bord libre des replis muqueux arythéno-épiglottiques, est manifestement le résultat de la phlegmasie aiguë; le décollement de la muqueuse de l'épiglotte est, à n'en pas douter, un effet de la suppuration. Les manœuvres que nous avons faites pour déchirer cette membrane n'ont porté que sur un point de l'épiglotte, autant du moins que nous avons pu en juger par la seule tentative que nous ayons faite pour atteindre ce but. On ne peut donc leur attribuer ces lésions anatomiques; lésions d'ailleurs fort simples, et qui auraient guéri, si une réunion de circonstances n'avait mis fin à l'existence du malade.

La fièvre tierce, survenue quelques jours avant l'invasion de l'angine, était-elle symptomatique ? Les accès étaient si réguliers, les intermissions si complètes, que nous avons pu supposer, en l'absence de phénomènes nouveaux, et surtout en voyant l'étiolement de la peau après le deuxième accès, que nous avions affaire à une fièvre intermittente. Comme il n'y avait d'ailleurs aucune contre-indication à l'administration du sulfate de quinine, nous crûmes devoir y recourir immédiatement, afin, si la fièvre était légitime, de prévenir les congestions locales qui pourraient s'opérer pendant les accès, et la débilitation qui devait succéder à des accès répétés, sur-

tout chez un sujet épuisé déjà par une maladie longue. Nous ne pouvons savoir quel eût été le résultat de cette médication, si l'affection du larynx n'eût réclamé un autre mode de traitement.

On peut se demander si la fièvre intermittente n'était pas symptomatique de la suppuration laryngée; mais quand on consulte la marche de cette dernière affection, on voit que l'inflammation du larynx n'a véritablement commencé qu'après le troisième accès. La recrudescence de la pleurésie, l'invasion de la péricardite n'ont-elles pas pu occasionner cette fièvre? Malgré l'examen le plus attentif, nous n'avons trouvé aucun phénomène qui accusât l'apparition de l'une, ou la récidive de l'autre; loin de là, la résolution de la pleurésie s'opérait malgré les accès fébriles. Il nous paraît probable que la péricardite, le retour de la pleurésie et la laryngite se sont développés sous l'influence des mêmes causes : la prédisposition individuelle et l'action du froid sur le corps en sueur. Il est possible que les accès de fièvre n'aient été que les prodromes de cette triple affection, et qu'ils aient paru sous l'influence des mêmes circonstances hygiéniques.

La marche de l'affection du larynx n'est pas moins rapide chez ce dernier malade que chez les deux autres. Un léger mal de gorge paraît; quelques heures après, la suffocation est imminente. Ici, nous retrouvons encore les mêmes symptômes que dans les cas précédents; *raucité de la voix, aphonie, inspiration difficile, incomplète, expiration facile, bruit croupal et frôlement;* ces phénomènes laryngés sont caractéristiques, nous verrons cependant qu'ils peuvent être simulés par une affection spasmodique.

Le traitement a évidemment influé sur l'affection du larynx, peut-être même l'issue en eût été heureuse, sans la coïncidence des phlegmasies pleurale et péricarditique. Tous les accidents de l'angine laryngée avaient disparu lorsque le malade a succombé. L'intérieur du larynx était intact, et il est probable que la petite quantité de pus infiltré dans les tissus environnants aurait été facilement éliminée ou résorbée. La mort ne peut être attribuée à un asphyxie dont la cause n'existait plus; mais à la pleurésie, à la péricardite à laquelle peut-être se rattachent les phénomènes de jactitation qui ont précédé la mort, enfin à l'*épuisement* de l'organisme.

Le vésicatoire et les insufflations alumineuses paraissent être les deux moyens de traitement qui ont eu le plus d'effet. La déchirure, d'ailleurs peu profonde, de la muqueuse qui recouvre la face postérieure de l'épiglotte était insuffisante pour amener l'évacuation de la sérosité; la nature trop inflammatoire de cette angine nous a empêché d'insister davantage sur ce moyen. Quant à l'alun, son action est manifeste, il détermine l'astriction de la muqueuse boursouflée, provoque une sécrétion abondante de mucosité, des envies de vomir et des efforts de toux, et l'expulsion des crachats et des mucosités accumulés dans les canaux bronchiques; le soulagement est immédiat.

Dans les trois cas précédents, l'œdème laryngé était manifestement sous la dépendance d'un état inflammatoire; mais le traitement antiphlogistique a été insuffisant pour s'opposer à l'infiltration séreuse. C'est que l'on peut bien enrayer une inflammation, mais non déterminer immédiatement la résorption de ses produits; et dans l'angine laryngée, tout le danger consiste dans la présence de ces derniers; il y a donc là une double indication à remplir : combattre la phlegmasie, activer l'élimination de ses produits.

Néanmoins, si la phlegmasie est suraiguë; qu'elle survienne chez un sujet bien portant, le traitement antiphlogistique pourra suffire.

Angine laryngée œdémateuse; traitée et guérie par les émissions sanguines.

Obs. III.— Mademoiselle Marguerite, âgée de vingt-quatre ans, domestique chez madame M., d'une constitution sèche et nerveuse, à peau brune, bien réglée, après avoir fait, le 11 juin 1829, une longue course à pied, par un temps très-chaud, fut prise dans la soirée d'une douleur à la gorge, qui augmenta pendant la nuit. Elle ne s'est pas rappelé si, dans sa course, elle avait eu chaud et froid, si elle avait bu de l'eau froide étant en sueur; elle nous a dit seulement avoir mangé des gâteaux frais et de bonne qualité; d'ailleurs, elle avait eu ses règles trois semaines auparavant, et n'avait éprouvé aucun accident avant l'invasion du mal de gorge. Elle se gargarisa avec de l'eau vinaigrée et sucrée; le lendemain elle éprouva quelques frissons dans la journée, avec exacerbation de la douleur et difficulté dans l'inspiration.

Je la vis le 13; je la trouvai couchée et chargée de couvertures, au moyen desquelles elle avait provoqué la transpiration. Elle avait la face rouge, turgescente, enduite d'une sueur grasse; elle se plaignait d'une douleur vive au larynx, augmentant par le passage de l'air, qui déterminait dans ce conduit la sensation des piqûres d'épingles, et par la pression sur les parties latérales du larynx. L'inspiration était difficile; l'air, en pénétrant dans le larynx, produisait le *sentiment d'un poids sur cette partie,* et son passage était accompagné d'un *frôlement* assez fort; tandis que l'expiration, restée libre, n'occasionnait ni bruit ni douleur. La voix offrait une raucité *sui generis.* L'inspection du pharynx ne laissait voir qu'une légère rougeur diffuse, sans gonflement; mais l'épiglotte, rouge et *boursouflée,* faisait saillie à la base de la langue; du reste, pas de symptôme de lésion du côté des cavités splanchniques; pouls plein, dur et fréquent.

La raucité de la voix, le frôlement qui accompagne l'inspiration et la difficulté avec laquelle l'air pénètre dans le larynx, la sensation d'un poids qu'il détermine sur l'orifice de la glotte, sensation due sans doute à la pression que l'air exerce sur les ligaments arythéno-épiglottiques tuméfiés, le boursouflement de l'épiglotte, ne permettent pas de méconnaître une laryngite avec gonflement œdémateux, mais avec prédominance inflammatoire.

Saignée immédiate de quinze onces environ; elle est suivie d'un commencement de défaillance sans soulagement; la voix s'éteint complétement, mais reparaît quelques instants après. Le sang

n'est pas couenneux ; des cataplasmes sont appliqués autour du cou, et vingt sangsues prescrites conditionnellement, dans le cas où, une ou deux heures plus tard, il n'y aurait pas de soulagement.

Trois heures du soir, les sangsues ont été appliquées ; leurs piqûres, larges, fournissent beaucoup de sang ; douleur un peu diminuée ; on entretient l'écoulement du sang au moyen de cataplasmes.

Neuf heures du soir, les piqûres des sangsues coulent encore abondamment ; la malade éprouve beaucoup de faiblesse ; mais la voix est moins rauque ; l'inspiration est plus facile ; le *frôlement* moins prononcé ; le passage de l'air à travers le larynx détermine encore de légers picotements. Face calme, pouls mou, assez large, sans fréquence, peau moite ; l'écoulement du sang continue jusqu'à quatre heures du matin.

Le 14, respiration tout à fait naturelle, à l'exception de légers picotements au larynx durant l'inspiration ; mais la raucité de la voix, mais le frôlement ont disparu. Le pharynx n'offre plus de rougeur, l'épiglotte est revenue à son état naturel. (Mauve édulc., pédil. sinap. lavt., miel mercuriel ℥ij, diète.)

Le 15, aucune douleur, respiration libre, pas d'altération ; appétit. (Même prescr., plus un peu de lait.)

Le 16, le mieux continue. Hier, la malade a voulu manger du pain ; mais la déglutition de cet aliment a été accompagnée d'une douleur assez vive au larynx ; cet accident ne s'est pas renouvelé, lorsque la malade eut pris la précaution de tremper son pain dans du lait. Du reste, elle se trouve assez bien pour se lever et se promener.

Quelques jours après, à la suite de l'impression du froid sur le corps, les mêmes accidents se reproduisent ; ils cèdent à une application de quinze sangsues.

Réflexions.— Nous retrouvons ici, comme dans les observations précédentes, tous les signes physiques et rationnels d'une laryngite, avec tuméfaction œdémateuse de l'épiglotte et des ligaments arythéno-épiglottiques. Nous n'avons pas remarqué cependant ce bruit croupal, qui s'est présenté dans trois autres cas ; ce bruit ne paraît pas sous la dépendance immédiate du gonflement œdémateux, comme le *frôlement ;* il n'est peut-être que le résultat du passage de l'air à travers des mucosités visqueuses, et des canaux rétrécis par une tuméfaction morbide ; comme cela arrive pour les diverses formes de râle sibilant, dans le catarrhe bronchique. Parmi les bruits variés que fournit l'auscultation dans cette maladie, il en est qui ressemblent plus ou moins au bruit croupal. Ce symptôme ne peut, quant à présent, indiquer autre chose qu'un obstacle au passage de l'air, sans en déceler la nature précise.

Deux symptômes assez remarquables ont existé chez cette malade : *l'un est la douleur provoquée par le passage de l'air dans le larynx ;* comme tous les organes phlogosés, le larynx est douloureusement impressionné par son stimulant naturel. L'autre est *la sensation d'une pression exercée sur l'ouverture du larynx, au moment où l'air tend à s'y introduire.*

Cette angine se présentait avec les formes d'une inflammation vive, aiguë, spontanée ; elle n'était pas survenue, comme chez les autres malades, secondairement à d'autres affections ; elle était caractérisée par une congestion autant sanguine que séreuse, ou du moins l'infiltration était encore sous la dépendance du travail inflammatoire. Le traitement antiphlogistique était indiqué ; il fut employé immédiatement, largement et d'une manière continue ; et le succès fut complet. Une maladie aussi grave, dont les progrès peuvent être si rapides, l'issue si promptement funeste, doit être sufflaminée à son début ; mais si les moyens employés pour combattre l'inflammation laissent persister la tuméfaction œdémateuse, c'est alors contre celle-ci qu'il faut agir. On ne doit pas oublier, dans tous les cas, que l'intervalle qui sépare l'invasion de la maladie de sa terminaison fatale, n'est souvent que de quelques heures, et qu'il faut gagner la maladie de vitesse.

Les observations que l'on vient de lire nous montrent l'angine œdémateuse dans son état de simplicité. Dans un cas seulement, des ulcérations pharyngiennes ont pu prédisposer au développement de cette affection ; mais seulement prédisposer, car il est probable que la phlegmasie du larynx a eu pour cause déterminante l'action du froid humide sur le corps.

Les trois premiers malades dont il a été question avaient été plus ou moins affaiblis par des maladies antérieures ; ils étaient dans une condition favorable au développement des phlegmasies subaiguës ; ils étaient plutôt prédisposés aux congestions séreuses, aux hydrophlegmasies, qu'à des phlegmasies véritables ; nous voyons cependant, chez le troisième, une infiltration purulente à côté de l'infiltration séreuse.

Ces quatre faits prouvent que l'angine œdémateuse est encore assez souvent primitive et indépendante de toute lésion organique du larynx. Cependant suivant MM. Trousseau et Belloc (*M. « c.*), la phthisie laryngée doit être considérée, » quelle que soit sa cause, comme l'occasion la » plus fréquente de l'angine laryngée œdéma- » teuse. » Tout en admettant la phthisie laryngée comme une des causes les plus fréquentes de l'angine œdémateuse, nous devons reconnaître que les cas d'angines œdémateuses primitives ne sont pas rares. C'est un fait qu'il importe de constater ; car, si dans le cas de phthisie laryngée, on ne peut opposer à l'œdème sous-muqueux de cet organe, qu'un traitement palliatif, il y a lieu d'espérer une guérison complète dans ceux où l'œdème est primitif.

Le diagnostic de l'angine œdémateuse est un point capital dans l'histoire de cette maladie ; sa marche est si rapide, sa terminaison si promptement funeste, que dans l'emploi des moyens énergiques à opposer à la suffocation un moment d'hésitation pourrait être fatal. D'un autre côté, il importe de bien

préciser le siége et la nature du mal, afin de ne pas se déterminer à pratiquer une opération inutile ou insuffisante, et dont les suites pourraient être funestes : c'est un point que nous allons tâcher d'éclaircir.

Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'angine œdémateuse sont la laryngite aiguë, le croup, les diverses espèces de phthisies laryngées, les végétations syphilitiques, les polypes du larynx; peut-être aussi une *affection* spasmodique de cet organe.

Nous ne pensons pas qu'il soit possible de confondre cette maladie avec d'autres affections dyspnéiques, dont la cause aurait son siége dans la trachée, les bronches ou les poumons. Le siége de tous les phénomènes de la première est au *larynx*, tandis que celui des phénomènes des autres maladies se trouve dans les autres points de l'appareil respiratoire.

1° L'angine œdémateuse a quelque analogie avec la laryngite aiguë; dans l'un comme dans l'autre cas, il y a gonflement de la membrane muqueuse et des tissus sous-jacents; probablement aussi dans la première il y a un commencement d'œdème; dans l'un et l'autre cas, la voix est altérée, rauque, plus ou moins complétement éteinte; mais, à moins de tuméfaction considérable des tissus sous-muqueux, on ne remarque pas dans la laryngite aiguë les accidents de suffocation qui accompagnent l'angine œdémateuse. Dans le premier cas, il existe aussi des phénomènes fébriles que l'on ne retrouve pas, du moins au même degré, dans la seconde. Cependant, entre la phlegmasie aiguë du larynx et l'œdème sous-muqueux, il n'y a souvent qu'une nuance : ce sont deux degrés, deux périodes d'une même affection.

2° L'angine œdémateuse offre plusieurs différences avec le croup; ce dernier est une maladie de l'enfance, l'angine œdémateuse appartient plutôt à l'âge adulte.

Dans l'un et l'autre cas il y a bien altération de la voix, dyspnée, etc.; mais le croup a sa *toux rauque*, revenant par quintes; ses inspirations sifflantes, qui sont à peine marquées, et bien moins continues dans l'angine œdémateuse. Dans le croup, il y a souvent expuition de fausses membranes; l'inspection de la gorge fait souvent reconnaître une dyphthérite pharyngienne; tandis que dans l'œdème laryngée, il existe souvent une tuméfaction œdémateuse de la luette, du voile du palais, etc.

3° Il suffit de se rappeler les symptômes qu'offre l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes, pour voir que cet accident ne peut être confondu avec l'angine œdémateuse.

4. Un polype laryngé, résultat possible de l'organisation d'une fausse membrane croupale (Frank), des végétations syphilitiques, ne pourraient-ils en imposer pour un œdème sous-muqueux de cet organe? D'abord, en admettant le croup comme cause de la production polypeuse, il y aurait une circonstance commémorative, fort importante pour le diagnostic. En second lieu, la marche de ces deux affections est différente; la dyspnée qui accompagne la formation d'un polype n'offre pas, comme celle qui accompagne l'angine œdémateuse, une marche aiguë. Un polype met toujours un certain temps à se développer, tandis que l'angine œdémateuse marche en général avec une grande rapidité; nous verrons cependant qu'il existe des cas exceptionnels pour cette dernière. Les polypes laryngés sont d'ailleurs une affection fort rare; le siége de ces productions est plutôt la trachée, et, dans ce cas, il n'y a pas altération de la voix.

Les végétations syphilitiques ont aussi une marche lente, et s'accompagnent souvent de phénomènes extérieurs, qui peuvent révéler la cause de l'affection dyspnéique.

5. Une des maladies qu'il est le plus difficile de distinguer d'avec certaines formes d'angine œdémateuse, c'est la phthisie laryngée. Nous croyons cependant que cette distinction est possible dans la majorité des cas.

L'œdème laryngé peut se déclarer indépendamment de toute affection chronique du larynx; sa marche est alors aiguë, et il ne peut être confondu avec la phthisie laryngée, quelle que soit la cause de cette dernière, et quelle que soit la rapidité de sa marche; car celle-ci, comparativement à l'œdème aigu, sera toujours une maladie essentiellement chronique. L'œdème laryngé aigu ne peut donc être confondu avec elle.

L'angine laryngée peut se manifester comme une complication de la phthisie laryngée; et alors elle se présente tantôt avec les caractères d'une affection aiguë, d'autres fois avec ceux d'une affection chronique. Dans le premier cas, on voit tout à coup s'ajouter aux phénomènes qui accompagnent les ulcérations du larynx des symptômes dyspnéiques, annonçant le rétrécissement ou l'occlusion plus ou moins complète de l'orifice ou du conduit laryngien. Lorsque, dans le cours d'une phthisie laryngée, on verra se manifester tout à coup des symptômes dyspnéiques inaccoutumés, accompagnés de phénomènes qui annoncent le rétrécissement du larynx, tels que *sifflement*, *frôlement*, etc., on aura de fortes présomptions en faveur d'un œdème sous-muqueux; la vue et le toucher compléteront les lumières diagnostiques.

Dans certains cas, l'angine œdémateuse symptomatique suit une marche lente et progressive. A mesure que la phlegmasie ulcéreuse du larynx fait des progrès, le boursouflement de la membrane muqueuse augmente, le larynx se rétrécit, et la dyspnée s'aggrave. Cette dyspnée offre des exacerbations, des accès passagers qui sont vraiment effrayants; pendant ces accès, le malade est en proie aux angoisses de la suffocation, il emploie toutes ses puissances inspiratrices pour faire pénétrer l'air dans la poitrine; enfin l'accès se calme, et la respiration, quoique gênée, se fait plus facilement, jusqu'à ce qu'un nouvel accès se montre; la difficulté de respirer aug-

mente, les accès se rapprochent, et les malades succombent. Le temps qui s'écoule depuis le premier accès d'orthopnée jusqu'à la mort, est ordinairement de quinze à vingt jours (1).

On conçoit très-bien l'augmentation progressive de la dyspnée, à mesure que le larynx se rétrécit; mais il est plus extraordinaire de voir une dyspnée, dont la cause est permanente, se montrer sous *forme intermittente*. MM. Trousseau et Belloc, sans donner l'explication de cette *intermittence*, la comparent à celle que l'on observe dans les symptômes du cancer, des phlegmasies intestinales, etc., quoique la cause de ces symptômes soit toujours présente. Nous croyons qu'il est facile de donner une explication plus satisfaisante de ce phénomène. Toutes les fois que les veines pulmonaires s'engouent, comme cela s'observe dans les maladies organiques du cœur, la respiration s'accélère pour activer l'hématose; si cet engouement est considérable, il survient une attaque de dyspnée, pendant laquelle toutes les puissances inspiratrices fonctionnent avec force et rapidité, afin de faire passer dans les plus petites ramuscules bronchiques plusieurs colonnes d'air successives, et d'hémathoser le sang accumulé dans les vaisseaux pulmonaires. Si, pendant le sommeil, la respiration se ralentit par suite de fatigue, de faiblesse musculaire ou de toute autre cause, il arrive un moment où le sang qui traverse les poumons n'étant plus suffisamment revivifié, il survient du malaise, de l'anxiété, un réveil en sursaut, et une suite rapprochée d'efforts inspirateurs, pour compenser le défaut d'hémathose, résultant du ralentissement de la respiration. Lorsque le canal aérien est rétréci en un point, il ne livre plus passage qu'à une colonne d'air insuffisante pour entretenir l'oxigénation du sang à un degré convenable; le sang, insuffisamment revivifié à chaque inspiration, prend de plus en plus les caractères du sang veineux; un moment arrive où l'asphyxie par défaut d'oxigénation est imminente, alors survient l'*attaque de dyspnée*, que l'on peut regarder comme une lutte de la nature contre une cause de destruction. L'attaque de dyspnée, en effet, n'est qu'une suite d'inspirations profondes, rapides, comme convulsives, que l'instinct conservateur suscite pour venir au secours de l'hématose languissante ou prête à s'éteindre. Eh bien, quelle que soit la cause de cette espèce d'asphyxie, du moment ou *la crise inspiratoire* a rétabli l'équilibre, il survient du calme; si la cause est passagère, le calme est complet, l'accident ne se reproduira plus, ou du moins ne se reproduira que faiblement; mais si la cause est permanente, comme cela arrive dans les maladies du cœur, dans l'angine œdémateuse, le calme obtenu par la crise inspiratoire n'est que momentané; d'un côté le sang continue à s'accumuler dans les poumons, de l'autre la colonne d'air qui traverse le larynx rétréci a un trop petit volume pour subvenir aux frais de la respiration: ce qu'ont très-bien indiqué MM. Trousseau et Belloc (*Mém. cit.*); une nouvelle *désoxigénation* se produit et provoque une nouvelle attaque de dyspnée, une crise inspiratoire nouvelle. On conçoit, d'après cela, comment une dyspnée peut être passagère ou permanente; avoir des accès longs, intenses et rapprochés, etc. Quand on considère ce qui se passe dans les maladies dyspnéïques, il est impossible de ne pas admettre la justesse de cette explication.

Mais revenons au diagnostic de l'angine œdémateuse, symptomatique de la phthisie laryngée: lorsque cette angine suit une marche chronique, elle a toujours, comme dans les cas où elle se développe avec rapidité, des phénomènes qui annoncent la difficulté du passage de l'air à travers le larynx; or, des ulcérations ne peuvent donner lieu à des accidents de cette nature, que si elles sont accompagnées d'un certain degré de gonflement: on peut donc présumer le développement de l'œdème sous-muqueux du larynx, lorsqu'il survient une dyspnée extraordinaire, accompagnée de bruits annonçant la difficulté qu'éprouve l'air à traverser le larynx.

Un spasme de cet organe ne pourrait-il en imposer pour un œdème? Chez les femmes hystériques, la difficulté de l'inspiration est telle quelquefois, pendant les accès, que l'on pourrait croire à l'existence d'un rétrécissement du larynx. Il y a trois ans, nous fûmes prévenu que l'on devait, dans la journée, pratiquer la trachéotomie à l'hôpital Necker, chez une femme affectée d'*angine œdémateuse*. Nous nous y rendîmes à l'heure indiquée, et nous trouvâmes la malade complétement rétablie de tous les accidents qui, le matin, avaient fait croire qu'elle était affectée d'un œdème laryngé. Quels étaient ces accidents? nous l'ignorons; mais s'ils ont pu en imposer pour une angine œdémateuse, ils devaient avoir avec les symptômes de cette affection une bien grande analogie. Nous devons ajouter que la malade avait pris, le matin même, un grain de tartre stibié, qui avait bien pu amener la solution de la maladie. Nous ne sommes donc pas autorisé à conclure d'une aussi rapide guérison, que l'affection dont cette femme avait été atteinte n'était pas une angine œdémateuse. Cependant en considérant l'impuissance de l'émétique dans les cas de cette nature, nous sommes porté à admettre, vu la rapidité de la guérison, plutôt un spasme qu'un œdème du larynx. Nous avons cru devoir signaler ce fait, tout incomplet qu'il est nécessairement, parce qu'il permet de supposer qu'un spasme laryngé pourrait en imposer pour l'œdème sous-muqueux de cet organe. On conçoit qu'une opération de trachéotomie pratiquée dans un cas semblable serait au moins inutile. On conçoit aussi que si le diagnostic de l'angine œdémateuse n'avait pas été rigoureusement établi, on pourrait

(1) Trousseau et Belloc, *Phthisie laryngée*.

attribuer à cette opération les honneurs d'une guérison à laquelle elle n'aurait nullement contribué.

Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic différentiel de l'angine œdémateuse, nous ajouterons seulement quelques mots sur divers points relatifs à la symptomatologie de cette affection.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'angine œdémateuse regardent comme symptôme caractéristique la difficulté de l'inspiration, l'expiration restant libre. MM. Trousseau et Belloc (*Mém. cité*) prétendent que, dans la seconde période de la phthisie laryngée, qui correspond au développement de l'œdème sous-muqueux, l'expiration est tout aussi active que l'inspiration. Nous n'avons pas dans nos observations rencontré cette *activité expiratoire*, dont parlent MM. Trousseau et Belloc; l'expiration peut bien être prolongée, saccadée, accompagnée de *frôlement*, mais jamais elle ne nous a paru exiger l'emploi de toutes les puissances expiratrices: c'est un point de clinique qui réclame de nouvelles observations.

Dans toutes les observations que nous avons rapportées, nous avons mentionné l'exploration de la gorge avec le doigt comme moyen puissant de diagnostic. Cette exploration offre des difficultés; il est nécessaire de maintenir les mâchoires écartées par l'interposition d'un corps étranger; des contractions convulsives des muscles du pharynx, des envies de vomir, une suffocation, etc., accompagnent cette exploration. Cependant, malgré les difficultés que l'on éprouve, nous croyons qu'il est possible, avec de la persévérance, d'acquérir des notions assez exactes, au moyen du toucher, sur l'état des parties qui circonscrivent l'ouverture supérieure du larynx; du moins, dans les cas où nous avons eu recours à ce moyen de diagnostic, il ne nous a pas fait défaut. MM. Trousseau et Belloc n'attachent pas la même importance à cette exploration, qu'ils regardent comme étant souvent impossible. En tout état de cause, il ne doit pas être négligé.

Le spasme qui accompagne cette manœuvre diminue lorsque l'on persiste pendant un certain temps. Il en est du pharynx qui se révolte contre le doigt avec lequel il est en contact, comme du canal de l'urètre qui se contracte sur la sonde; le spasme de l'un comme de l'autre s'épuise par la continuité du stimulus.

L'inspection du pharynx permettra quelquefois de reconnaître un état œdémateux, des ulcérations, une tumeur, une phlegmasie, etc., qui mettront sur la voie de l'altération dont le larynx est le siége.

Nous avons passé sous silence les modifications qu'éprouve le bruit pulmonaire, dans les cas de rétrécissement du larynx. Nous avons vu, dans notre dernière observation, que les bruits laryngés anormaux retentissaient jusque dans les bronches.

Mais il est un fait sur lequel notre attention ne s'est pas portée, et qui cependant mérite d'être pris en considération dans l'étude du diagnostic de l'angine œdémateuse; c'est la diminution du murmure respiratoire, à laquelle M. Barth attache une grande importance pour résoudre la question du diagnostic.

Suivant cet observateur distingué (*Mém. sur quelques cas d'absence du bruit respiratoire vésiculaire*); « le murmure respiratoire peut être diminué ou aboli dans les deux côtés de la poitrine, par toute lésion capable de rétrécir le calibre interne de la partie supérieure des voies aériennes, soit parce que la colonne d'air arrive avec moins de facilité dans les bronches, et donne lieu à des vibrations moins énergiques, soit parce que ce fluide y pénètre en moindre quantité ou n'arrive point jusqu'à la périphérie du poumon. »

On conçoit très-bien la diminution du bruit respiratoire, dans les cas de rétrécissement du larynx; quelle que soit la cause du bruit vésiculaire, du moment où la colonne d'air est interceptée dans son passage, il en résulte une diminution dans le bruit normal du poumon. D'après cela, ce signe peut indiquer le degré de rétrécissement du larynx ou de la trachée; il établit ainsi une distinction entre les *dyspnées thoraciques* et les *dyspnées laryngées*.

Cependant, lorsqu'il existe un emphysème général sans catarrhe, la diminution du bruit respiratoire existe également; il est vrai qu'alors une sonorécité anormale de la poitrine peut déceler la nature de la maladie dyspnéique. Toutefois ce cas devrait présenter quelques difficultés, surtout si, conjointement avec l'emphysème, il existait un rétrécissement sur le trajet du canal de l'air.

Il serait bien important de savoir si l'absence de la respiration se retrouve également dans les dyspnées spasmodiques.

Quelques mots sur le traitement de cette formidable affection. Quand on consulte les histoires qui ont été publiées sur l'angine œdémateuse, on est frappé de l'insuffisance de la thérapeutique, et notamment des moyens antiphlogistiques; et cependant, à son origine, cette affection est manifestement inflammatoire. La raison en est, sans doute, que souvent elle est symptomatique d'une altération grave du larynx, ou bien qu'elle se déclare chez des individus affaiblis, et chez qui les déperditions sanguines sont peu favorables à la résolution des engorgements inflammatoires. Une troisième raison se déduit de la rapidité des accidents qui accompagnent le rétrécissement du larynx, et qui entraînent la mort, avant que l'inflammation ait eu le temps de se terminer.

Cependant, si l'angine laryngée se présente avec les formes d'une phlegmasie aiguë chez une personne antérieurement bien portante, alors même que l'œdème sous-muqueux est déjà caractérisé, nous croyons qu'il faut recourir à un traitement antiphlogistique puissant; la saignée générale doit être largement pratiquée; on doit entretenir, au moyen d'applications répétées de sangsues, un écoulement

de sang en permanence au voisinage du larynx. A une congestion sanguine, il faut opposer une dérivation sanguine. Mais lorsque l'œdème laryngé succède à une phlegmasie subaiguë, chez un sujet pâle et débile, ou lorsque la phlegmasie aiguë n'a fait que pâlir sous l'influence des saignées, de nouvelles émissions sanguines seraient inutiles et peut-être même nuisibles, en plongeant le malade dans un état de faiblesse qui accélérerait l'instant fatal. Ce n'est plus une congestion sanguine qu'il faut combattre, c'est alors une dépuration séreuse qu'il faut opposer à la congestion séreuse. L'action des purgatifs, des diurétiques, des sudorifiques, bien que favorable, est cependant insuffisante, elle n'est point assez rapide; c'est au voisinage du larynx qu'il faut établir un diverticulum, c'est au-devant de cet organe qu'il faut, au moyen d'un large vésicatoire, attirer la sérosité infiltrée dans les tissus sous-muqueux.

On nous objectera peut-être que la sérosité ne peut ainsi passer de l'intérieur à l'extérieur. Mais ne vide-t-on pas des abcès par le vésicatoire? et cependant le liquide renfermé dans un abcès est bien plus épais que la sérosité infiltrée dans les tissus sous-muqueux. Il est bien vrai que la sérosité dans l'œdème du larynx, n'est pas toujours limpide, qu'elle semble quelquefois combinée avec les tissus sous-muqueux, et que dans certains cas, elle est mélangée avec du pus; mais remarquez combien, en somme, la quantité de sérosité qui infiltre les tissus sous-muqueux du larynx est faible, et combien est puissante l'action d'un vésicatoire qui, dans l'espace de quelques heures, entraîne au dehors plusieurs onces de sérosité. Si l'on ne veut pas admettre le transport direct à l'extérieur, et par transsudation, de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire du larynx, on ne peut disconvenir qu'il n'y ait entre les communications capillaires du larynx et du cou, des voies nombreuses et courtes, et que, par ces moyens, la thérapeutique ne puisse opérer une métastase facile à l'extérieur. Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques, les faits nous autorisent à regarder le vésicatoire au devant du cou, comme un des moyens les plus efficaces à opposer à l'œdème de la glotte.

La déchirure du bourrelet formé par l'œdème sous-muqueux semble devoir donner issue à la sérosité, c'est du moins ce qui ressort d'un fait que nous avons entendu citer par M. Marjolin dans ses cours. Dans un cas d'angine œdémateuse avec imminence de suffocation, cet habile chirurgien employa pour déchirer la muqueuse boursouflée de l'ouverture supérieure du larynx, une longue racine de guimauve qu'il introduisit dans le pharynx et l'œsophage, et avec laquelle il exerça des mouvements de frottement sur la partie antérieure de l'œsophage et supérieure du larynx. Cette opération fut suivie d'un succès complet. Le souvenir de ce fait nous conduisit à tenter la déchirure de la membrane muqueuse, au moyen de l'ongle préalablement acéré. Comme le traitement a été complexe dans cette circonstance, nous ne pouvons dire quelle a été la part de ce moyen dans la guérison du malade; il nous a paru favorable dans un cas, défavorable dans un autre. Nous croyons qu'il ne doit pas être négligé; il n'est pas d'ailleurs d'une difficulté insurmontable: on peut l'employer en explorant la gorge avec le doigt.

Les insufflations d'alun, que nous avons mises en usage chez notre troisième malade, ont apporté un soulagement immédiat. L'action astringente de l'alun est très-favorable à la résolution de l'œdème sous-muqueux; peut-être aussi la sécrétion abondante que provoque l'application de ce sel sur la membrane muqueuse gutturale les efforts de vomissements et d'expuition qu'il détermine, sont-ils des moyens de résolution de l'infiltration séreuse. Un fait bien certain, c'est qu'il a été employé avec succès chez le malade dont il vient d'être question. La difficulté qu'éprouvait l'air à traverser l'ouverture supérieure du larynx s'est dissipée à mesure que l'on a répété les insufflations alumineuses. L'efficacité du moyen n'a pas été douteuse; ce n'est pas que nous le croyions applicable à tous les cas, à toutes les formes d'œdème laryngé; il nous paraît fort probable que dans ceux où il existe des ulcérations profondes du larynx, le contact de l'alun avec les surfaces ulcérées déterminerait une irritation trop vive. Les topiques astringents nous paraissent devoir être réservés pour les cas de laryngite œdémateuse simple.

La trachéotomie, dont M. Trousseau, dans ces derniers temps, a fait une application fréquente et souvent heureuse, nous offre une dernière ressource contre l'œdème du larynx: mais dans quelle circonstance doit-on la pratiquer? Lorsque la suffocation est imminente, on est en droit d'y avoir recours; cependant il ne faut pas croire que les suites en soient généralement bien heureuses: si elle soulage momentanément les individus qui sont en proie à la suffocation, il est rare que ce soulagement ne soit pas suivi d'une mort plus ou moins rapide; souvent même c'est au moment où l'air pénètre avec le plus de facilité dans la poitrine que les malades succombent; on en a vu succomber pendant l'opération. Cependant il y a des exemples de guérison, et cela suffit pour en autoriser l'emploi dans les cas où les autres moyens thérapeutiques ont été inutilement mis en usage. Dans les cas de laryngite œdémateuse simple, si les accidents persistent malgré l'emploi énergique et rapide des moyens antiphlogistiques, du vésicatoire, des astringents, de la lacération de la muqueuse boursouflée, il faut recourir immédiatement à cette opération et ne pas attendre, pour la pratiquer, que l'asphyxie soit arrivée au dernier degré. Ne vaudrait-il pas mieux l'employer de prime-abord, et avant tout autre moyen? Pour décider cette question, il faut attendre de nouveaux faits. La trachéotomie est peut-être la seule ressource qu'offre la thérapeutique dans les cas d'angine œdéma-

teuse symptomatique d'une affection grave du larynx, ulcérations tuberculeuses, cancéreuses ou autres; mais encore, ici, n'est-elle qu'un moyen palliatif.

Nous résumerons ce travail dans les propositions suivantes :

1. Bien que souvent l'angine œdémateuse soit symptomatique d'une affection chronique et grave du larynx, elle peut cependant exister indépendamment de toute lésion antérieure de cet appareil.

2. L'angine œdémateuse primitive peut se montrer sous la forme d'une phlegmasie aiguë; le plus souvent elle a un caractère inflammatoire subaigu, et survient chez des individus affaiblis déjà par une maladie antérieure, et chez qui existent des prédispositions générales à l'inflammation.

3. L'action du froid sur le corps paraît en être, dans ce dernier cas, la cause déterminante. Peut-être cette cause n'est-elle pas étrangère au développement des angines œdémateuses symptomatiques.

Une métastase rhumatismale peut donner lieu à cette affection.

4. La marche de l'œdème laryngé est aiguë ou chronique; dans le premier cas, il peut déterminer la mort dans l'espace de deux à trois jours, de quelques heures même.

5. Les symptômes caractéristiques de l'angine œdémateuse sont la dyspnée, la difficulté de l'inspiration, l'expiration restant libre, la *raucité, l'affaiblissement* et *l'extinction* de la voix. Divers bruits, dont le siége est au larynx, annoncent la difficulté qu'éprouve la colonne d'air à traverser ce passage, le plus souvent en entrant, dans quelques cas en sortant; ces bruits sont un *frôlement particulier* qu'il n'est pas facile de définir, mais qu'il suffit d'avoir une fois entendu pour le reconnaître; un *sifflement croupal,* moins constant que le précédent, enfin un *bruit de soupape qui se ferme,* comme nous l'avons observé dans un cas. Nous pouvons ajouter, comme signe accessoire, l'affaiblissement du murmure respiratoire dans les poumons.

6. L'inspection de la gorge, son exploration avec le doigt, peuvent faire présumer ou reconnaître l'existence de l'œdème de l'ouverture supérieure du larynx.

7. Le traitement de cette affection consiste, à l'état aigu, dans l'emploi énergique et prompt des émissions sanguines générales et locales, auxquelles on adjoint ou l'on fait rapidement succéder la révulsion et la dérivation séreuse. Ces derniers moyens, conjointement avec les topiques astringents et la dilacération de la muqueuse boursouflée, sont applicables à l'angine œdémateuse subaiguë; enfin, dans les cas d'insuffisance de ces moyens, dans les cas où il existe une altération grave du larynx, contre laquelle ces moyens viendraient échouer, il reste une dernière ressource : la trachéotomie.

LEGROUX,
Agrégé à la Faculté de Médecine.

II. Recherches sur l'auscultation du cerveau, par le D. G. Fisher, de Boston (1).

Depuis l'année 1838, j'ai communiqué à la Société médicale de Boston mes premières recherches sur le bruit de soufflet que fait entendre par l'auscultation la tête de plusieurs sujets atteints de diverses affections cérébrales. J'ai donné à ce bruit le nom de bruit de soufflet céphalique; dès-lors j'ai manifesté l'espérance de voir un jour l'auscultation répandre une lumière aussi vive sur les affections du cerveau que sur celles de la poitrine, et le bruit de soufflet devenir le signe pathognomonique de quelques maladies du cerveau. Depuis ce moment je me suis assuré que l'on pouvait constamment distinguer certains bruits tant à l'intérieur qu'à la circonférence du cerveau, et que la tête pouvait aussi bien que la poitrine offrir toutes les conditions propres à donner une grande valeur aux signes tirés de l'auscultation. Dans ce nouveau mémoire, je me propose de décrire certains bruits normaux, et, en appelant l'attention sur quelques cas récents où j'ai entendu le bruit de soufflet encéphalique, je tâcherai d'en expliquer le mécanisme. Avant d'entrer en matière, je juge convenable de déclarer que tout ce qui a été enseigné par les auteurs sur l'auscultation de la poitrine est applicable à celle de la tête. Je préviens, en outre, que, les bruits de la poitrine étant plus distincts et plus faciles à reconnaître que ceux de la tête, l'auscultateur devra éloigner avec soin tous les obstacles qui pourraient le troubler dans son opération.

On peut également employer l'auscultation médiate et l'immédiate; cependant la forme arrondie de la tête fait qu'elle s'accommode mieux à l'application de l'oreille qu'à celle du sthéthoscope. Le sujet doit être couché horizontalement, la tête posée sur un oreiller. Si l'on a affaire à un enfant, il vaut mieux l'ausculter pendant qu'il dort : on évite ainsi ses cris et ses mouvements. La tête sera recouverte d'un linge pour prévenir le bruit des cheveux contre l'oreille.

L'auscultation fait percevoir quatre bruits à la tête d'un enfant en bonne santé.

Premier Bruit. — Bruit céphalique de la respiration. Il a des caractères particuliers qui le font facilement reconnaître. Il est formé par l'air poussé contre les parois des fosses nasales, la bouche étant fermée, pendant l'inspiration et l'expiration, un peu plus fort dans le premier temps. On pense bien que l'enchifrènement ou tout autre état morbide de la membrane pituitaire le modifie évidemment.

Deuxième Bruit.—Il semble venir de quelque distance et est dû aux mouvements du cœur dont il suit la fréquence et l'intensité;

(1) Extrait du numéro d'août 1838, de *l'American journal.*

on dirait d'un bruit léger et sourd semblable à celui que donne la percussion à petits coups sur les joues gonflées d'air : je le nomme *bruit encéphalique du cœur*.

Ces deux bruits sont les seuls qu'on puisse distinguer par l'auscultation sur la tête d'un enfant endormi et bien portant. Si l'enfant parle, crie ou avale quelque chose durant l'auscultation, on discerne alors d'autres bruits.

Troisième Bruit.—L'enfant crie-t-il, parle-t-il, le bruit de son cri ou de sa voix retentit dans tous les points de la circonférence de sa tête. Ce bruit est généralement aigu et pénétrant. Vous croiriez qu'il vient du crâne même, tant il est près de votre oreille, et si vous l'écoutez à l'aide du stéthoscope, il vous semble qu'il vibre de l'embouchure du canal de l'instrument; nous l'appelons le *bruit céphalique de la voix*; le ton en varie un peu et semble plus près de l'oreille en certains points de la tête qu'en d'autres; vis-à-vis de la fontanelle antérieure, non encore effacée, il paraît un peu moins aigu, tant soit peu plus sourd et plus diffus que partout ailleurs : on dirait qu'il s'éloigne davantage de la superficie de la tête.

Quatrième Bruit. — Il se fait entendre dans la déglutition : le mouvement du gosier de l'enfant qui avale produit un bruit que je ne sais à quoi comparer; il a un caractère tout spécial, mais qu'on ne peut confondre avec aucun autre une fois qu'on l'a entendu.

C'est quelque chose de coulant et en même temps de grave et de fixe. Nous le nommerons *bruit céphalique de la déglutition*. On le perçoit très-bien à l'instant que l'enfant tète, parce qu'alors il est distinct du bruit au moment de la respiration et de tout autre.

Je viens de décrire les bruits qui s'observent avant la fermeture de la fontanelle antérieure; à un âge plus avancé, l'influence de l'accroissement de l'individu et l'augmentation de la densité du cerveau et du crâne tendent à les modifier, surtout le bruit du cœur. Dans la tendre enfance et avant la première dentition, le bruit céphalique du cœur a une certaine mollesse cutanée qui se perd par la suite; le jeune homme et l'adulte fournissent un ton plus dur et plus âpre, et qui semble s'éloigner davantage de l'oreille. Du reste, les bruits céphaliques de la voix et de la déglutition ne sont guère sujets aux changements que subissent le développement et la consistance du cerveau et du crâne. Tous les bruits relatés se distinguent même à la sommité du crâne, bien qu'appréciables encore à toute autre région de la tête.

Tels sont les bruits que l'on entend constamment à la tête dans l'état de santé et que nous savons apprécier à l'aide de l'auscultation. Ils sont dus sans contredit aux fonctions que j'ai désignées dans quelques maladies du cerveau. Ces bruits sont susceptibles de changer et peuvent par cela même constituer des symptômes propres à les faire connaître; ce qui est plus particulièrement vrai du bruit céphalique du cœur. Le bruit de soufflet céphalique que j'ai découvert en 1835, n'est qu'une modification du bruit céphalique du cœur. Qu'il me soit permis à présent d'appeler l'attention des lecteurs sur quelques cas où j'ai observé ces bruits comme symptômes prédominants.

Obs. 1re.—Bosseler, deux ans et sept mois, naquit robuste et bien constitué, et se porta bien jusqu'à la première dentition, qui fut pour lui un temps de souffrance et de maladies. A treize mois, époque à laquelle il n'avait encore que deux dents, il fut pris d'un violent accès de choléra; à dix-huit mois il ne pouvait marcher. Ce fut alors que la mère crut s'apercevoir que la tête de son enfant acquérait trop de volume. Elle jugea à propos de l'envoyer à la campagne, où il resta toujours faible, tandis que la tête devenait plus grosse, et que la colonne vertébrale commençait à se dévier. Le 16 juillet 1832 l'enfant me fut présenté : amaigrissement sensible du corps et des membres; muscles flasques; tête d'un volume considérable : cuir chevelu fortement étiré; les fontanelles non encore fermées; l'antérieure, d'un pouce de diamètre et remplie par une tumeur molle, avec pulsations, s'élevant un peu au-dessus du niveau du crâne : les sutures frontale et sagittale ne sont pas encore effacées. Les sens paraissent en intégrité, et les facultés intellectuelles assez développées. Cependant l'enfant ne peut articuler et ne montre aucune disposition à imiter les sons. Il est sujet depuis quelque temps à de légers spasmes, et il crie quelquefois en dormant. Les fortes pulsations de la fontanelle antérieure m'y firent porter l'oreille, et je sentis bien distinctement un bruit de soufflet raboteux, interrompu, semblable à celui d'une râpe, isochrone aux pulsations de la fontanelle et au pouls des artères; il se répétait cent quarante-quatre fois par minute et pouvait s'entendre sur tous les points de la surface du crâne; néanmoins il était plus distinct à la fontanelle antérieure que partout ailleurs. En prêtant l'oreille à ce bruit, je pus aussi distinguer un murmure qui accompagnait la respiration de l'enfant; la voix résonnait vivement quand il criait ou prononçait quelque son vocal. Ces deux bruits sont distincts du bruit de soufflet et sont différents l'un de l'autre. Ce bruit de soufflet appartient en propre à la tête, et ne ressemble aucunement à celui du cœur, des gros vaisseaux ou de toute autre partie.

L'enfant resta faible et malingre tout le temps de la dentition. Dès lors je ne manquai pas une occasion de l'examiner. Voici la note que je pris sur son état le 19 juillet 1833 : La santé de l'enfant s'est améliorée graduellement depuis un an, sous l'influence de l'air de la campagne. Aujourd'hui plus de traces de l'affection hydropique; la tête beaucoup moins grosse que l'année dernière; les sutures et la fontanelle postérieure effacées; mais la suture antérieure non encore ossifiée. Les facultés intellectuelles n'ont pas souffert de la maladie, elles sont aussi actives que chez tout autre enfant de son âge; il y a quatre mois qu'il a commencé à articuler quelques mots, et aujourd'hui il prononce très-distinctement. La déviation de la colonne épinière a augmenté, ce qui empêche l'enfant de se tenir sur les jambes et de marcher. A mesure que le

fluide épanché dans le crâne s'est résorbé, ce qui se faisait remarquer par le rappetissement graduel de la tête, et de l'effaçure des sutures, le bruit de soufflet est devenu moins distinct, et a fini par disparaître.

Tels sont les derniers détails que j'ai consignés sur ce cas intéressant avec le plus grand soin. En outre j'ai pu, par la suite, m'assurer que cet enfant jouit depuis quatre ans et demi d'une assez bonne santé, et que, malgré la courbure de la colonne vertébrale, il est actif et vigoureux. Voilà trois ans qu'il va régulièrement à l'école, et s'y distingue par son intelligence et la rapidité de ses progrès, circonstance d'un haut intérêt, en ce qu'elle fournit une nouvelle preuve que le long séjour d'une collection considérable de sérosité autour du cerveau chez un sujet dans les premières années de l'enfance, n'est pas toujours un obstacle insurmontable au développement des facultés intellectuelles.

J'ai de plus découvert le bruit de soufflet céphalique dans deux cas d'hydrocéphale chronique. Le cas que je vais rapporter, bien qu'il ait eu une issue funeste, ne me paraît pas indigne de fixer l'attention des savants.

Obs. II.—Henri Orr, neuf ans, a continuellement souffert, depuis son plus bas âge, d'une affection cérébrale que son médecin qualifie d'hydrocéphale.

Les symptômes les plus remarquables étant, suivant le rapport qui m'en a été fait, une augmentation graduelle du volume de la tête, un écartement des sutures, l'existence des deux fontanelles, un tardif développement du corps et de fréquentes convulsions semblables à celles de l'épilepsie. Aujourd'hui la tête a un diamètre extraordinaire et est déprimée, les sutures et fontanelles sont effacées. Le cuir chevelu est tiré avec force; les yeux sont presque hors des orbites, les pupilles très-dilatées, surtout la pupille de l'œil gauche, dont le diamètre est presque égal à celui de la cornée. Du reste la vue est intacte, ainsi que les autres sens externes; l'intelligence est peu développée; la mémoire principalement, et le jugement, ont beaucoup souffert. L'appétit bon, la digestion facile, quoique l'enfant soit très-maigre et hors d'état, depuis longtemps de marcher. Si vous appliquez le stéthoscope à l'oreille et à la tête, vous entendez un léger bruit de soufflet, qui vous paraît plus fort vers la fontanelle antérieure et le long de la suture sagittale. Ce bruit correspond aux battements du pouls; il est saccadé et raboteux; on entend aussi, très-distinctement, le bruit de la respiration. On dirait que le bruit vient à l'oreille le long de l'instrument, dans l'inspiration, et qu'il s'en détache dans l'expiration. Quand l'enfant parle, sa voix semble retentir dans l'instrument, elle est forte et a un son aigu désagréable à l'oreille.

L'enfant mourut deux ans et cinq mois après ma visite.

J'ai su par son médecin qu'il avait souffert tout ce temps-là des convulsions et des accès épileptiques, et qu'il s'était plaint d'une douleur profonde au côté gauche de la tête, qu'il avait maigri de plus en plus, et fini par perdre l'œil gauche. Du reste, l'enfant avait conservé, à la mémoire près, ses facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment. A l'autopsie on examina la tête, dans laquelle on trouva les altérations suivantes : Les os du crâne étroitement unis; la dure-mère, très-adhérente aux os correspondants, et épaissie en quelques endroits; les circonvolutions cérébrales très-aplaties; l'arachnoïde et la pie-mère épaissies et fortement adhérentes entre elles et au cerveau; aucune collection de sérosité entre ces deux membranes ni en dehors du cerveau, qui était mou dans toute son étendue; quelques portions de l'hémisphère gauche étaient dures et ressemblaient à un tissu fibreux très-dense, qui offrait la résistance du cartilage au tranchant du scalpel. Au milieu des portions endurcies il y en avait d'autres comme des balles de fusil, où la substance cérébrale était en suppuration. L'hémisphère droit, quoiqu'il ne fût pas à l'état normal, présentait de moindres altérations. Les ventricules étaient énormément distendus par un fluide séreux, lactescent, d'environ une demi-pinte. Il y avait en outre une quantité considérable de sérosité à la base du cervelet, et il en sortait aussi des parties ramollies de cet organe lorsqu'on les incisait.

Observations de bruit de soufflet céphalique dans la simple congestion cérébrale.

Obs. III.—Une enfant, âgée de quatre ans, de Watertown, tomba, l'été de 1832, de la fenêtre d'un premier étage; la tête porta contre un mur de briques. On releva cette petite privée de connaissance et on la crut morte. Appelé par le médecin de la famille je la vis en cet état. Aussitôt auscultant la tête, je découvris un bruit de soufflet bref, interrompu et âpre; bruit qui fut reconnu sur le champ par le médecin ordinaire, le docteur Horsmer. Ce bruit était indépendant des bruits céphaliques, de la respiration et de la voix, et isochrone au pouls artériel. On mit en usage, et on continua des moyens actifs toute la nuit. Le lendemain matin l'enfant était mieux, le bruit de soufflet se percevait encore à la tête; mais beaucoup moins fort que le jour précédent.

Le docteur Horsmer, sur mes instances, continua à ausculter la tête de cette petite; il me rapporta que le bruit du soufflet n'avait cessé de se faire entendre, tant qu'avait duré l'excitation, et s'était dissipé insensiblement avec les symptômes inflammatoires.

L'enfant, guérie parfaitement, est aujourd'hui en très-bonne santé.

Obs. IV. — Je fus appelé dernièrement pour un petit enfant tombé d'un second étage sur quelques tables contre lesquelles la tête avait porté. Il y avait une heure que l'accident était arrivé quand je fis ma visite, et déjà une partie des symptômes primitifs étaient disparus, il ne restait qu'une grande tendance au sommeil. En appliquant l'oreille à la tête, j'entendis facilement le bruit de soufflet, comme dans le cas précédent. Ce bruit répondait au pouls pour la fréquence; il était bref, dur, interrompu. Au bout de vingt-quatre heures il ne restait plus rien de l'accident ni du bruit de soufflet.

J'ai découvert ce phénomère d'auscultation dans un grand nombre de cas de congestion cérébrale. Tout le monde sait que la dentition, quand elle est longue et pénible, produit un état d'excitation cérébrale et artérielle, ainsi

qu'une disposition aux convulsions. Dans tous ces cas, les organes que contient le crâne, sont évidemment dans un état de congestion, qui se révèle le plus souvent par le bruit de soufflet, dans la proportion à peu près de six cas sur dix. Ce bruit est caractéristique, et une fois qu'on l'a entendu, on ne peut le confondre avec d'autres bruits; en général il est bref, interrompu, âpre, se rapproche des bruits de râpe, et se fait entendre dans toute la tête, plus fortement à la fontanelle quand elle n'est pas encore formée.

J'ai recueilli plusieurs cas de bruit de soufflet que j'ai entendu dans une première dentition difficile, et j'ai vu qu'il y avait alors d'ordinaire un état de congestion cérébrale, qui diminuait notablement par l'incision des gencives; je n'ai jamais rencontré le bruit du soufflet chez les enfants avant le travail de la première dentition, si ce n'est dans les maladies cérébrales, il cesse avec le travail de la première dentition. Quand diverses dents restent longtemps à percer, le bruit de soufflet tombe et disparaît chaque fois que l'effort de dentition est suspendu.

La première dentition terminée, le bruit se perd tout à fait, et rarement il revient à la seconde dentition. Il m'est cependant arrivé de l'observer trois à quatre fois dans ce second travail de la nature, jamais chez l'adulte, à moins que le sujet ne fût atteint d'affection cérébrale.

Il suffit quelquefois d'inciser les gencives pour faire cesser le bruit de soufflet chez les enfants qui le font entendre pendant la première dentition. Je fus appelé, il y a quelques jours, pour un enfant qui éprouvait des convulsions dans la circonstance de la dentition : je le trouvai pâle, affaibli; il venait d'être pris d'un long et violent accès convulsif; on entendait un fort bruit de soufflet dans tous les points de la tête. Je me mis aussitôt à inciser les gencives, qui étaient gonflées et douloureuses. Il paraît que l'enfant en retira un soulagement immédiat, car il passa la nuit suivante beaucoup plus tranquillement que la précédente; et le matin, posant mon oreille sur la tête, je n'entendis plus le bruit qui m'avait frappé la veille.

J'ai aussi observé le bruit de soufflet dans la congestion cérébrale, causée par la toux convulsive; appliquant l'oreille au moment que les éclats de toux cessaient, j'entendis le bruit de soufflet, et plus rien un peu plus tard, sans doute parceque les vaisseaux du cerveau n'étaient déjà plus distendus ni engorgés. Toutefois, il faut une certaine habitude pour discerner le bruit de soufflet dans ces sortes de cas, parceque les profondes et bruyantes inspirations, l'agitation des malades à l'issue de la quinte, ne permettent pas de l'apprécier aussi facilement que dans l'état de repos. Il est probable que ce bruit commence avec la toux, et ne cesse pas jusqu'à ce que la respiration et la circulation soient redevenus libres.

Observations de bruit de soufflet dans l'inflammation du cerveau, de ses membranes, et dans les épanchements séreux.

Obs. v.—Je traitais en même temps deux enfants (1832), l'un âgé de trois ans, et l'autre de neuf, présentant tous les symptômes de l'hydrocéphale aiguë. Chez tous les deux on entendait le bruit de soufflet. Le bruit était plus fort sur le plus âgé, mais sur l'un et l'autre il était doux, diffus, prolongé, semblable à celui que produit le frottement de deux morceaux de craie, tantôt continu, tantôt intermittent, changement qui survenait durant les longs actes de la respiration, quand le sang paraissait avoir de la peine à circuler. Le bruit de l'aîné de ces enfants se caractérisait par une espèce de chant ou de bourdonnement semblable à celui du cousin, et on aurait pu l'appeler bruit de soufflet musical de la tête. Le bruit chez tous les deux correspondait aux battements du pouls et dura plusieurs jours. L'aîné fut malade douze jours, le plus jeune treize jours. A celui-là le bruit persista pendant sept jours, à celui-ci cinq jours avant la mort. Il était faible sur tous les deux à ma première visite, mais il se renforça par degrés et demeura fort et bien distinct jusqu'au moment où les forces physiques commencèrent à décliner; époque où l'intensité du bruit alla en diminuant et s'arrêta en même temps que la circulation du sang.

A l'autopsie on trouva un applatissement remarquable des circonvolutions du cerveau. Les vaisseaux sanguins étaient engorgés de sang et tendus à la surface et à la base du cerveau. Il y avait en outre une quantité considérable de sérosité entre les méninges, dans les ventricules et à la base du cerveau. Tous les autres organes à l'état normal.

Obs. vi.—Le 3 février 1833, je visitai avec le docteur Hildreth, une petite fille âgée de onze mois, sur laquelle mon confrère me donna les détails suivants : Le 23 du mois précédent, il l'avait vue pour la première fois et lui avait trouvé de la fièvre, la respiration fréquente et laborieuse et un peu de toux; cent quarante-sept pulsations et cinquante-cinq respirations par minute. La malade, après avoir pris un cathartique qui opéra pendant vingt-quatre heures et quelques grains de poudre de *Dover*, était sans connaissance, avait le pouls intermittent, la respiration irrégulière et inégale; elle paraissait être sous l'impression d'une trop forte dose d'opium. Un émétique qu'on lui donna tout de suite lui fit rejetter la dernière dose de poudre qu'elle avait prise. Quand je la vis, quelque temps après, elle était dans un état léthargique, la tête appuyée sur les bras de sa nourrice. Du reste voici ce que j'observai : Chaleur et pâleur générales, immobilité complète, le cuir chevelu tendu sur le crâne; la fontanelle antérieure a des pulsations et la peau la surmonte en formant une tumeur ronde; les mouvements de la poitrine sont libres, mais très-irréguliers et fréquents ainsi que la respiration. La respiration restait suspendue pendant cinq ou six secondes, puis venait une longue et profonde inspiration suivie de quatre ou cinq plus courtes, moins profondes et plus rapides : ensuite une intermission de cinq secondes, après laquelle se faisait une longue et profonde inspiration, et toujours de même; par minute cent quarante pulsations irrégulières dans le rhythme et inégales dans la force. Le pouls devenait fort et vif; quand la respiration prenait de la force et de la vitesse; et, si

celle-ci était suspendue, celui-là avait de la lenteur et de la faiblesse; à peine la respiration recommençait-elle à devenir forte et pleine, aussitôt le pouls redevenait rapide pendant quatre ou cinq respirations et s'affaiblissait comme la respiration; l'oreille appliquée sur la tête, on entendait très-distinctement un bruit de soufflet; il était encore plus distinct et plus rapide que le bruit céphalique de la respiration, et semblait être isochrone aux mouvements du cœur et aux pulsations de la fontanelle, étant subordonné aux mêmes variations de force et de fréquence. Ce bruit de soufflet variait encore suivant les différentes parties de la tête où l'on appliquait l'oreille : à la hauteur de la fontanelle il avait les caractères d'un bruit de soufflet pur avec quelque chose de mou et d'expansif, tandis que sur les parties dures du crâne, il était dur et se rapprochait du bruit de râpe et de scie, et semblait venir des os mêmes plutôt que de loin. Au synciput, il ressemblait, quand la respiration et la circulation étaient fréquentes, à un faible son de musique. Au contraire, si la respiration et la circulation étaient lentes, on eût dit que le bruit sortait de la face interne de l'os sur lequel posait l'oreille et il ressemblait exactement au bruit que ferait le frottement léger du doigt sur la surface interne de l'os. A l'examen de la malade, je fis les observations suivantes :

Si, pendant que j'auscultais attentivement le bruit de soufflet, je pressais légèrement la fontanelle distendue, le bruit de soufflet d'abord doux, devenait graduellement dur, bref, semblable au bruit de la râpe, et toujours moins distinct; néanmoins il ne disparaissait pas tout à fait, bien que quelquefois j'exerçasse une compression très-considérable. J'ai répété cette expérience plusieurs fois, et chaque fois j'ai obtenu le même résultat; cette expérience causait de la douleur à l'enfant qui, quand la pression était forte, s'agitait et criait.

J'ai fait sur cet enfant une expérience que j'avais déjà faite d'autres fois : je comprimais avec les doigts les deux carotides pendant que j'auscultais le bruit de soufflet; et je m'aperçus que du moment que les artères étaient comprimées, le bruit de soufflet baissait peu à peu et finissait par disparaître entièrement quand la circulation était arrêtée. J'ai renouvelé cette expérience trois fois, et toujours avec le même résultat.

Depuis cette époque, l'enfant présenta tous les symptômes de l'inflammation cérébrale, et le bruit de soufflet continua à se faire appercevoir à des degrés différents d'intensité jusqu'au 2 mars, veille de sa mort. Ce jour-là je ne pus en découvrir aucune trace.

Autopsie. — On n'examina que la tête : grande quantité de sérosité dans les méninges; à la base du cerveau, adhérences très-étendues, et fausses membranes recouvrant cette partie du cerveau ainsi qu'une partie du cervelet, et ayant en quelques endroits un quart de pouce d'épaisseur; les fausses membranes s'étendent comme une lame continue sur les lobes antérieurs du cerveau et recouvrent au moins le tiers de la partie supérieure des hémisphères. La lymphe coagulée à la base du cerveau a la consistance d'un œuf à moitié cuit, et celle d'un blanc d'œuf dur à la partie supérieure du lobe antérieur gauche. Cette lymphe était aussi lisse et polie que si elle eût été couverte de la plus fine membrane. Les circonvolutions du cerveau un peu aplaties et le viscère d'une substance molle et humide et pointillé en rouge; les ventricules contenant deux à trois onces de serum limpide; le sinus pétreux rempli aussi de sérosité.

Observation de bruit de soufflet céphalique dans un cas de suppuration du cerveau.

Obs. 8. — W. Doughty, âgé de trois ans, était sujet depuis un an à des douleurs d'oreille qui lui occasionnaient souvent un écoulement de pus fétide. Ses parents regardaient la maladie comme la suite de la rougeole. Le mal prit de la gravité dans les derniers jours d'octobre 1835, et l'enfant était devenu si irritable qu'il ne voulait pas se laisser visiter. La douleur de l'oreille gauche avait la plus grande acuité; le petit malade restait continuellement assoupi, et s'il se réveillait, il se mettait à crier. Impossible d'appliquer le sthéthoscope à la tête; on posa quelques sangsues aux tempes et on fit prendre quelques doses de calomel.

L'irritabilité ayant un peu diminué le 2 novembre, on plaça un vesicatoire à la nuque. Le 23, l'enfant fut pris la nuit de frissons récurcents. Toute la surface du corps froide; cris aigus. On parvient néanmoins à ausculter la tête, et l'on entend un bruit de soufflet très-distinct, qui varie en différents points de la tête et est isochrone aux mouvements du cœur. Le bruit continua jusqu'aux douze dernières heures de sa vie, qui finit le 5 décembre.

Autopsie. — La substance cérébrale paraît généralement ramollie et présente en divers endroits de petits abcès du volume d'une cerise ou un peu moins. Ils se trouvent tous dans la substance corticale, ou du moins on en rencontre très-peu dans la substance médullaire, tous contiennent du pus; quelques-uns sont simplement purulents, d'autres contiennent du pus et du sang coagulé.

Il y a une très-petite collection de sérosité, tant dans les ventricules qu'à la base du cerveau; le sinus latéral droit présente une altération grave à l'endroit où il sort du crâne. Une portion de ses parois est détruite et l'échancrure est comblée par une lymphe d'une organisation ébauchée. On dirait presque que le sinus s'est rompu dans les derniers moments de la vie, et que la matière qu'il contenait s'est extravasée dans la cavité de l'arachnoïde. Le rocher est de couleur verte foncée, mais sans ramollissement ni carie. On trouva dans le conduit auditif externe un grain de café, recouvert d'une couche gommeuse. Ce corps étranger était noir et un peu gonflé à son extrémité interne; pas la moindre trace du tambour ni des osselets de l'ouïe.

Observation de bruit de soufflet céphalique dans l'endurcissement du cerveau.

Obs. 9. — Je fus appelé dans la nuit du 22 janvier 1832 pour madame L., qui venait d'être prise pendant le sommeil d'une forte attaque convulsive. On me dit que cette dame était sujette depuis deux ans à de fortes palpitations, qui ne lui permettaient pas depuis deux mois de prendre le moindre exercice. C'est depuis cette époque qu'elle souffrait beaucoup de la tête et d'un tintement ou bruit musical dans les oreilles. Le jour qu'elle avait été attaquée de ces convulsions pour lesqu'elles on m'appelait, elle s'était couchée comme à l'ordinaire et venait de se réveiller. Les convulsions durèrent environ vingt minutes; ensuite elle éprouva une forte oppression; en même temps qu'elle avait dans la tête la sensation d'un bruit musical, qu'elle

disait être très-harmonieux. L'oreille appliquée à la tête, j'entendis un bruit très-fort de soufflet, bien caractérisé, correspondant aux battements du cœur; le bruit était prolongé, diffus, et lorsque la respiration se suspendait quelques instants, il se changeait en un murmure assourdissant. Les moyens que nous mîmes en usage, n'apportèrent aucun soulagement; les convulsions revinrent plusieurs fois dans le jour comme auparavant; les symptômes restèrent stationnaires et la malade mourut le sixième jour.

Autopsie. — Trente heures après la mort; cœur d'un volume énorme et adhérent, avec beaucoup de force au péricarde; les valvules de l'aorte épaissies et endurcies; les autres valvules à l'état normal. La dure-mère épaissie en plusieurs endroits, les circonvolutions cérébrales aplaties et couvertes d'une légère couche pseudo-membraneuse; la substance corticale très-dure; on pouvait l'examiner et la manier dans tous les sens et elle ne se déformait pas; on y reconnaissait évidemment la texture fibreuse dans les ventricules, de la sérosité un peu plus abondante qu'à l'état sain. Il y en avait presque une once à la base du crâne.

J'ai observé aussi le bruit de soufflet céphalique dans un autre cas d'endurcissement de la substance cérébrale, avec un léger épanchement séreux. Le sujet était un enfant de deux ans, qui avait beaucoup souffert d'une toux convulsive; mais je ne pus le visiter que la veille de sa mort. Les circonvolutions cérébrales étaient de même aplaties; la substance cérébrale pouvait être maniée sans perdre de sa consistance, tant elle avait de dureté. J'aurais encore à rapporter un grand nombre d'affections cérébrales où j'ai entendu le bruit de soufflet céphalique; mais comme quelques-uns de ces sujets guérirent et que d'autres ne furent pas ouverts, je n'en donnerai pas les observations qui, du reste, ne seraient que la répétition de celles que j'ai rapportées. Je ferai néanmoins remarquer ici que dans le nombre restreint des cas où j'ai présumé qu'il existait une inflammation du cerveau ou de ses membranes, le bruit de soufflet apparaissait et disparaissait deux ou trois fois dans le cours de la maladie, et que sa réapparition et sa disparition semblaient tenir à l'augmentation et à la diminution des symptômes inflammatoires. Je ne veux pas terminer cette première partie de mon travail sans parler brièvement d'un cas où le bruit de soufflet était l'effet de la compression du cerveau.

Obs. 10. — Le 24 juin 1834, un charpentier travaillant à couvrir le toit d'une église, reçut à la tête un coup de barre de fer qui lui fractura le crâne. La fracture était étendue, et on fit l'extraction de onze esquilles. L'ouverture du crâne avait un pouce et demi de diamètre, et permettait de voir les pulsations du cerveau. Au bout de trois ou quatre jours, il sortit une portion de substance cérébrale, qui resta au-dessus du crâne et le surmontait d'un pouce, prenant à peu près le volume et la forme d'un gros œuf de dinde. J'auscultai la tête du blessé pendant que la tumeur se soulevait, et en même temps je me mis à comprimer avec la main la hernie cérébrale, en sorte que j'en faisais la réduction. Tant que la tumeur était soumise à cette compression, j'entendais un bruit de soufflet alors très-distinct, et qui cessait aussitôt que je retirais la main et laissais la hernie reparaître. En un mot, j'obtenais à volonté le bruit de soufflet plus ou moins, suivant que j'augmentais ou diminuais la compression sur la tumeur. Néanmoins le bruit ne devenait sensible que quand la tumeur était rentrée ou réduite au niveau de la surface du crâne. D'abord il était doux, faible, diffus; mais lorsque la compression était plus forte, et que la tumeur ne faisait plus de saillie au-dessus du crâne, il se faisait un bruit plus fort, bref et saccadé. J'ai répété plusieurs fois cette expérience, et toujours avec le même succès. Si la compression était considérable, le patient se plaignait de mal de tête; mais à quelque degré qu'on la portât, elle ne pouvait lui faire perdre connaissance et ne causait pas plus de douleur. Cet individu est guéri et retourné en Europe dans son pays natal.

Jusqu'à présent j'ai rapporté quelques exemples de diverses affections, dans lesquelles j'ai fait mention du bruit de soufflet céphalique que je n'ai jamais rencontré chez aucun adulte ou enfant en bonne santé, ou qui ne fût pas atteint de quelque symptôme propre aux affections cérébrales. Il nous semble donc que nous sommes fondés à considérer ce bruit de soufflet comme un symptôme appartenant aux maladies du cerveau.

A présent il nous reste à voir dans quel organe ce bruit prend sa source, de quelle région du crâne il émane, finalement à quelle cause immédiate on doit l'attribuer.

1° *Siége du bruit de soufflet céphalique.* — A en juger par les symptômes que nous voyons coïncider avec ce bruit de soufflet, il me paraît difficile de ne pas reconnaître qu'il se produit ou se forme dans les artères. En premier lieu, ce bruit était distinct de celui par la respiration, la déglutition et toute autre cause ayant son siége dans le cerveau, et de quoi que ce soit, excepté des battements des artères. D'un autre côté, il était isochrone aux battements du cœur et des carotides. Enfin ce bruit disparaissait, ou du moins cessait d'être sensible, lorsque l'on exerçait sur les carotides une compression suffisante pour y suspendre le cours du sang, et il s'affaiblissait graduellement à mesure que le malade perdait de ses forces et la circulation de son énergie. On pourrait ajouter la ressemblance que ce bruit présente avec le bruit de soufflet du cœur et des artères, et dire que, comme celui-ci, il se change quelquefois en un murmure continuel ou même est caractérisé par un rhythme musical.

En admettant que le bruit de soufflet en question prenne sa source dans les artères, il paraît probable qu'il se forme dans les artères de la base du crâne, à cause de leur mode de division dans le cerveau. En effet, ce n'est qu'à la base du crâne qu'on trouve toutes les grosses artères du cerveau; ce n'est que de là qu'elles vont aussitôt se distribuer à sa surface, et elles ne pénètrent dans l'organe que sous forme capillaire. Nulle artère, de celles qui se divisent à la surface du cerveau ou dans

son intérieur, n'a assez de grosseur pour produire un bruit de soufflet aussi fort que celui dont nous avons cité quelques exemples dans les cas précédents. La facilité avec laquelle on entend ce bruit de soufflet au sommet de la tête n'a rien de contraire à l'opinion que nous soutenons, parce que le cerveau est un excellent conducteur du son, témoin la facilité avec laquelle se transmet d'un côté de la tête à l'autre l'oscillation d'un muscle.

2° *Mode suivant lequel le bruit de soufflet se transmet.* — Il me paraît aussi facile d'expliquer ce mode, qu'il me l'a été d'en déterminer le siége. Mais auparavant je veux prévenir que j'établis comme démontré que le bruit de soufflet du cœur et des artères est dû à un obstacle qui s'oppose au libre passage du sang dans ces organes. Or, à mon avis, il est très-facile de concevoir comment il peut se former, dans certains cas pathologiques, un obstacle au libre cours du sang dans les artères de la base du crâne. Le cerveau, qui est renfermé dans une boîte osseuse, qui ne peut se dilater non plus que se comprimer, a offert, dans tous les points où nous avons entendu le bruit de soufflet et où nous avons fait l'autopsie, les traces d'une compression occasionnée soit par la sérosité, soit par la congestion des vaisseaux sanguins, etc., et qui devait nécessairement se transmettre aux artères compressibles, sur lesquelles l'organe est posé. Le calibre des artères comprimées doit de toute nécessité diminuer et produire au libre passage du cours du sang un obstacle dont le bruit de soufflet est l'effet.

Je vais à présent appeler l'attention sur un autre bruit anormal, qui d'ailleurs a du rapport avec le bruit céphalique du cœur. Depuis trois ans j'ai observé une modification du bruit céphalique du cœur dans six cas d'apoplexie cérébrale. Dans chacun de ces cas, le bruit céphalique du cœur, au lieu d'être doux et d'avoir l'air de venir de loin, comme dans l'adulte, semblait se former immédiatement au-dessous de l'oreille appliquée à la tête, et se caractérisait par une espèce d'impulsion, comme si tout le cerveau se fût soulevé d'un coup contre la voûte du crâne. Ce bruit était tellement caractéristique que je crus réellement entendre le cerveau battre en masse contre mon oreille. Cinq individus sur lesquels j'avais observé ce phénomène moururent, et deux furent ouverts. Voici l'analyse des phénomènes qui furent observés.

Obs. 11. — Le 14 septembre 1835, madame S., soixante-onze ans, fut frappée subitement d'un coup d'apoplexie, avec perte de connaissance et paralysie du côté droit. Arrivé peu de temps après l'accident, je fis une saignée au bras droit et prescrivis les moyens ordinaires. Au bout de deux heures, point d'amélioration. L'oreille appliquée sur la tête, je n'entendis rien de semblable au bruit de soufflet et je distinguai très-clairement le bruit du cœur. Ce bruit ne paraissait pas venir de loin, comme dans l'état normal; au contraire, on eût dit qu'il était formé par la tête elle-même, et était accompagné d'une impulsion qui imprimait un mouvement de totalité à la tête. On eût dit que le cerveau était poussé à chaque battement du cœur contre son enveloppe osseuse. Il ne me fut pas possible dans ce cas de distinguer le bruit céphalique du cœur d'avec l'impulsion; et depuis ce moment, je l'appelai *bruit d'impulsion*. La malade éprouva pendant deux jours un léger mieux en apparence; mais elle retomba bientôt et mourut le cinquième jour de l'attaque.

A l'autopsie on trouva les méninges à l'état sain, les circonvolutions du cerveau aplaties, et le cerveau de couleur et de consistance normales. A l'intérieur de chaque hémisphère était un épanchement considérable de sang, en partie coagulé. Du côté droit, cet épanchement était pour le moins de deux onces, et la cavité qui le contenait s'étendait dans toute la longueur du ventricule latéral. La substance cérébrale n'offrait aucune altération, si ce n'est un peu plus de couleur et de mollesse à l'endroit des épanchements. Les artères de la base du crâne étaient sur le point de s'ossifier, c'est-à-dire qu'elles étaient blanches, opaques et dépourvues de ressort. Les carotides, à leur entrée dans le crâne, étaient ossifiées et se rompaient sous la pression.

Le bruit d'impulsion céphalique du cœur disparut dans le cas suivant, après une saignée abondante, et aussitôt que la malade fut sortie de l'état apoplectique, ce qui en rend l'observation plus intéressante.

Obs. 12. — Madame B., âgée de soixante et un ans, fut frappée d'apoplexie le 19 mars 1835, avec paralysie du côté droit et perte de connaissance. Passé quelques mois, elle se trouva entièrement rétablie; elle put marcher et reprendre ses habitudes, jusqu'au 14 avril 1835, époque d'une seconde attaque semblable à la première, hormis que la connaissance se conserva. Je la visitai quelques moments après l'accident, et j'auscultai la tête. J'entendis un très-fort bruit d'impulsion isochrone aux battements du cœur, comme si le cerveau venait frapper par élan contre la voûte du crâne au-dessous de mon oreille. Il me semblait que le bruit partait très-près de mon oreille et ce bruit ressemblait parfaitement à celui que donne la percussion avec les doigts sur les joues gonflées d'air. Une saignée copieuse fut suivie de l'application de la glace sur la tête. Trois heures après, la malade recouvra la parole et en partie les mouvements des membres; alors appliquant l'oreille sur la tête, je ne sentis plus le bruit d'impulsion dont je viens de parler. Le bruit céphalique du cœur était très-clair, mais il n'avait pas le caractère d'impulsion et paraissait être produit à quelque distance de mon oreille. Douze heures après l'attaque, madame B. recouvra le libre usage de la parole et des mouvements, et en jouit presque aussi librement qu'avant l'accident. Néanmoins la malade alla en s'affaiblissant de jour en jour et finit par mourir en septembre 1837.

A l'autopsie le cerveau se montra tant soit peu mou et sans autre notable altération qu'une petite cavité de forme irrégulière, à parois de couleur jaune foncée, et entièrement vide.

Je pourrais citer un autre cas d'apoplexie, où je trouvai pendant l'attaque le bruit d'impulsion, qui disparut à mesure que le mieux s'établit. Mais il me suffit d'avoir mentionné ce bruit, qui jusqu'à présent a échappé à l'attention de tous les praticiens. Il ne faut pour-

tant pas croire que ce bruit morbide soit facile à reconnaître et à découvrir, pour ceux qui n'ont pas l'habitude d'ausculter les bruits de la tête. Toutefois le praticien qui se sera appliqué à ausculter les bruits normaux et anormaux de la tête, discernera facilement le bruit d'impulsion, en auscultant attentivement la tête d'un individu récemment frappé d'apoplexie. J'ai rencontré ce bruit sur tous les apoplectiques dont j'ai ausculté la tête, en sorte que je ne crains pas de le donner comme un symptôme constant de l'apoplexie.

III. Imperforation vaginale; accidents consécutifs graves; incision de la membrane hymen; guérison.

Augustine Acart, d'une constitution robuste, avait offert jusqu'à l'âge de seize ans les apparences de la meilleure santé, lorsqu'elle fut prise, principalement tous les mois, de douleurs lombaires des hypogastriques qui revêtirent progressivement une intensité inquiétante. Cependant ses parents, qui la voyaient ainsi souffrante, se complaisaient à mettre tout ce qu'elle éprouvait sur le compte de l'âge de puberté, et attendaient avec sécurité que l'éruption menstruelle vînt y mettre fin. Mais sa position s'aggravant de plus en plus et simulant une sorte de dépérissement progressif, on se décida à la soigner plus attentivement, et, appelé près d'elle huit mois après l'invasion des premières douleurs, je la trouvai dans l'état suivant : céphalalgie et insomnie continues : la physionomie qui est fortement contractée, a une teinte de souffrance remarquable.

Au moindre mouvement du tronc et des extrémités inférieures, la malade éprouve des douleurs inouïes dans les cavités pelvienne et abdominale; le décubitus sur le dos est le seul possible.

La respiration est anhéleuse, précipitée, et une toux sèche se manifeste de temps à autre; le pouls est vif, serré et offre cent vingt pulsations à la minute.

L'anoréxie est complète, la bouche pâteuse et la langue que recouvre un enduit blanchâtre, paraît comme aplatie.

Toute la région abdominale et surtout l'hypogastrique est balonnée et très-douloureuse à la pression; une tumeur oblongue, sans changement de couleur à la peau et offrant le volume d'un œuf de poule, occupe la partie supérieure de l'anneau inguinal gauche et se laisse facilement déprimer pour reparaître aussitôt que la pression cesse d'être exercée sur ce point.

La peau, qui est généralement décolorée, est le siége de transpirations nocturnes abondantes; la maigreur est très-prononcée.

Ces faits, rapprochés des circonstances commémoratives, fixèrent d'abord mon attention sur l'utérus que je crus un instant devoir jouer un rôle important dans la position maladive de la jeune Acart, et, pressé alors de compléter mon diagnostic, j'essayai de pratiquer le toucher. Mais quelle fut ma surprise lorsqu'au lieu de trouver l'ouverture vulvo-vaginale, je rencontrai une tumeur qui la fermait complétement. Cette tumeur presque sphéroïde, rémittente, mais fluctuante et insensible, avait environ trois pouces de diamètre et paraissait formée par la membrane hymen imperforée et excessivement hypertrophiée que poussait fortement au dehors un liquide épais retenu derrière elle.

Ne doutant plus alors que la rétention du sang menstruel dans les cavités vaginale et utérine, ne fût la cause génératrice de tous les phénomènes que je venais d'observer, je me décidai de donner issue à ce fluide.

Je plongeai la pointe d'un bistouri dans la partie inférieure de cette tumeur, et puis, dans la crainte qu'une portion du vagin ou d'un autre organe voisin, ne fût comprise dans son volume, j'introduisis par cette ouverture, et de bas en haut, une sonde cannelée sur laquelle j'incisai l'hymen jusqu'à sa partie supérieure. Alors s'écoulèrent brusquement d'abord et ensuite plus lentement environ deux litres d'un liquide extrêmement fétide et analogue pour la couleur et la consistance à une bouillie épaisse de chocolat délayé dans de l'eau. En même temps, disparurent le balonnement du ventre et la tumeur oblongue de l'hypogastre; les douleurs abdominales et du bassin furent considérablement diminuées, et la malade, par un premier mouvement de satisfaction, put se mettre sur son séant et exécuter diverses contractions musculaires, naguère difficiles ou impossibles. Puis, pour prévenir l'adhérence de ses bords, je rendis ma première incision cruciale, et un bourdonnet de charpie fut mis à demeure dans l'orifice inférieur du vagin.

Le lendemain, la malade était dans un état des plus satisfaisants : un sommeil continu et profond qui s'est prolongé toute la nuit a relevé ses forces d'une manière très-sensible; la céphalalgie a disparu. La respiration s'exerce plus largement; la toux a diminué de fréquence et d'intensité; la fièvre est presque nulle. Le ventre n'est plus que légèrement sensible à la pression; le liquide qui s'écoule du vagin est peu abondant et consiste en quelques mucosités purulentes. (Bouillon de poulet, injections mucilagineuses et détersives, demi-bain.) Après huit jours passés sous l'influence de cette prescription, la convalescence se prononce, et une alimentation progressivement nutritive et la continuation des bains, des injections détersives rendues légèrement astringentes, amènent, en moins d'un mois, une guérison qui ne s'est pas encore démentie. Inutile de dire que l'éruption menstruelle s'est montrée ensuite de la manière la plus régulière.

A. Bidart, D.-M.,
à Arras (Pas-de-Calais).

IV. De la ligature sous-cutanée des veines dans le traitement des varices.

S'il est établi qu'on doive regarder comme l'inventeur d'un procédé opératoire, celui qui l'a conseillé le premier ou du moins celui qui le premier l'a mis en pratique, on concevra pourquoi je m'étonne de voir attribuer à M. le docteur Rima de Venise, *l'idée de s'abstenir de toute ligature après la section de la veine dans la cure des varices.*

Tous ceux qui connaissent un peu l'historique de la médecine, se rapelleront qu'en France, aux mois de janvier et de novembre 1826, la *Revue médicale* a publié les succès obtenus par cette méthode à l'hôpital de la Pitié.

Voici ce qu'on lit dans les observations recueillies par M. Ricord à cette époque :

« Nous avons obtenu à l'hôpital de la Pitié, sur un assez grand nombre de malades, de très-bons effets de la résection des veines pour la cure des ulcères variqueux. Dans tous les cas on a emporté environ deux pouces et demi du principal tronc, auquel aboutissaient toutes les branches dilatées des veines venant de l'ulcère.

» Le procédé opératoire mis en pratique par M. Lisfranc, d'après une observation que j'ai faite, consiste à mettre le tronc veineux à découvert dans une étendue de deux pouces et demi environ, et cela immédiatement au-dessous des principales branches, afin de l'attaquer le plus bas possible, de le dénuder du tissu cellulaire qui l'enveloppe, ensuite de le couper avec des ciseaux au-dessous de chaque angle de la plaie faite à la peau, pour qu'après l'opération les deux bouts, cachés par ce moyen sous les téguments, soient à l'abri du contact de l'air très-irritant, et se trouvent de plus éloignés de telle manière que l'inflammation développée sur un bout ne puisse se communiquer à l'autre. »

Plus tard, M. Lisfranc ayant complété les investigations indiquées par M. Ricord, la même revue a publié que M. Lisfranc, après avoir d'abord essayé la section de la veine, y avait bientôt renoncé pour donner la préférence à la résection du vaisseau dans l'étendue de deux pouces environ sans ligature des bouts du vaisseau excisé ; fondant cette préférence sur les raisons déjà signalées par M. Ricord, il racontait qu'un grand nombre de malades avaient été ainsi opérés sans aucun accident.

Le chirurgien de la Pitié évitait la ligature des bouts de la veine excisée parce que, disait-il, il fallait redouter la phlébite qui peut en résulter; et pour y suppléer il préférait une compression légère hors de la solution de continuité.

Ces faits se trouvant déjà posés dans la science et rappelés depuis dans des traités de médecine opératoire, on nous permettra d'en parler encore en citant la thèse de M. Huguier, soutenue le 26 août 1835.

A propos de la section de la veine et de la résection de ses extrémités, M. Huguier s'exprime ainsi :

« MM. Ricord et Lisfranc ayant remarqué au'après la section simple de la veine, les extrémités de ce vaisseau ne se rétractaient point au-dessous des lèvres de la plaie faite aux téguments, mais restaient constamment à la surface de cette solution, exposées à l'action des corps étrangers et de l'air qui agissait tout à la fois à leur extérieur et à leur intérieur, la lumière de la veine n'étant pas effacée par la solidité que ses parois avaient acquise et qu'elles étaient par cela seul très-souvent le siége d'une phlébite locale qui dans un assez grand nombre de cas se propageant rapidement, devenait la cause des accidents les plus graves, jugèrent qu'il serait convenable de joindre à la section de la veine l'excision de ses extrémités, afin que ces dernières, toujours cachées sous les bords de la plaie, fussent soustraites aux causes d'inflammation que nous venons de signaler.

» Cette opération fut pratiquée treize fois par M. Ricord : douze malades guérirent sans éprouver aucun accident sérieux; quelques-uns seulement eurent une petite hémorrhagie qu'il fut toujours facile d'arrêter par une légère compression; un seul mourut de la phlébite. Malgré ce résultat, M. Ricord dit et avec raison qu'il ne repratiquera jamais cette opération, un mort sur treize opérés étant une proportion fâcheuse pour une maladie en général très-bénigne. »

Aussi M. Ricord a-t-il récemment adopté *la ligature sous-cutanée* des veines variqueuses, ainsi qu'on a pu le voir par les différents articles publiés dans *la Lancette* et *le Bulletin de Thérapetique générale*, articles dans lesquels ce chirurgien s'attache à prouver que sur un bien plus grand nombre de malades opérés par *la ligature sous-cutanée*, il n'a pas encore eu un seul échec à signaler.

Une observation importante et qui m'a frappé, c'est que dans la statistique établie par M. Rima de Venise, on retrouve (coïncidence remarquable) le même chiffre d'insuccès que M. Ricord a signalé dans la sienne, c'est-à-dire une mort sur treize opérés. Comme les mêmes circonstances peuvent avoir des coïncidences dans leurs résultats, j'aurais scrupule de faire aucune réflexion à cet égard.

Mais ce que je puis raisonnablement conclure de tous les faits que je viens d'exposer, c'est que la méthode préconisée par M. Rima de Venise n'est ni une méthode nouvelle ni une méthode qui lui appartienne, et que, de plus, elle a été répudiée comme dangereuse par celui-là même qui le premier l'avait autrefois conseillée.

C'est pourquoi j'engage ceux qui liront cet article à préférer *la ligature sous-cutanée* à l'excision vantée par M. Rima, parce qu'avant tout, quand il s'agit d'une opération qui comme celle-ci n'est pas toujours urgente, il ne faut pas que le chirurgien expose le malade à des chances plus dangereuses que celles aux-

quelles il est assujetti par le mal lui-même.

Et en résumé, comme le dit M. Velpeau dans son excellent traité de médecine opératoire, à propos de la question dont il s'agit ici : On veut avant tout oblitérer les veines devenues variqueuses; voilà le but avoué, incontestable de l'opérateur. Il s'agit donc de savoir quel est de tous les moyens proposés celui qui produit le moins de douleur, qui peut être exécuté le plus facilement, et expose à moins de dangers.

Or, *la ligature sous-cutanée*, dont je parlais tout à l'heure, me semble remplir d'une manière satisfaisante toutes les indications.

Voici la description du procédé employé par M. Ricord.

Après avoir soulevé la veine dans un pli de la peau, on fait passer dessous un fil de soie à l'aide d'une aiguille qui traverse de part en part la base du pli cutané; puis, laissant retomber la veine, on fait repasser l'aiguille par le trou de sortie, de manière à laisser la veine en dessous; après quoi on la ramène par l'ouverture d'entrée, ainsi que cela se pratique quand on dépasse un point mal fait; de sorte que la veine sur laquelle on opère se trouve comprise dans l'anse formée autour d'elle par la ligature.

Cela fait, après avoir réuni les deux extrémités du même côté en prenant garde d'y comprendre la peau, on les fixe sur un morceau de sonde comme dans la suture empennée.

Comme on le voit, ce mode opératoire est d'une simplicité extrême, et a de plus l'avantage précieux de causer fort peu de douleur.

Seulement le malade accuse la sensation d'un léger picotement à l'instant où on serre la veine. Le plus ordinairement on retire la ligature le septième jour après son application. Quand la guérison est achevée, si l'on promène la main sur la partie opérée, on sent au-dessous de la peau toutes les veines primitivement variqueuses passées à l'état d'induration et réduites à l'état de cordon.

Toutefois, on ne doit pratiquer ces sortes d'opérations que sur les sujets dont les veines profondes se sont maintenues dans l'état naturel, ou alors que les malades l'exigent absolument.

Cependant, il faudrait être moins scrupuleux si les varices avaient donné naissance à des accidents capables de gêner les fonctions, ou de compromettre la santé générale.

Du Lac,
élève des hôpitaux de Paris.

Lecture faite à l'Académie royale de médecine, le 16 juillet 1839, par M. Orfila.

Est-il vrai que l'on puisse reconnaître d'après l'état des organes génitaux si la suspension a eu lieu pendant la vie ou après la mort.

Messieurs,

Vous n'avez pas oublié que M. Devergie a lu à l'Académie une note relative à deux signes de suspension pendant la vie, savoir : la présence du sperme dans l'urètre et la congestion des organes génitaux. Ces signes, que l'auteur vous a présentés comme nouveaux, avaient déjà sérieusement attiré l'attention des savants comme vous le verrez par la citation qui termine ce mémoire et que j'ai publiée au commencement de 1836, dans mon *Traité de médecine légale*. Quoi qu'il en soit, à l'occasion de cette lecture, je vous soumis une observation qui, si elle était juste, devait singulièrement diminuer la valeur du premier de ces signes. Je disais qu'il existe constamment des zoospermes dans l'urine que l'on rend la première après une éjaculation spermatique et que l'on doit par conséquent en trouver dans l'urètre d'un individu qui aurait été pendu *après la mort* dans l'intervalle qui sépare l'éjaculation de la première émission d'urine. M. Devergie répliqua par une seconde note qu'il vous adressa et dans laquelle il contestait l'exactitude du fait que j'avais avancé. J'attendais avec confiance le rapport de la commission chargée de vous rendre compte du travail de notre confrère; mais voyant que par suite de la publication du mémoire de M. Devergie dans les *Annales d'Hygiène*, l'Académie n'aurait plus à s'occuper de cet objet, j'insérai dans le même journal, sous le titre de *Réfutation*, etc., des réflexions qui me paraissaient propres à renverser l'assertion de M. Devergie. J'établissais, en outre, que déjà l'auteur du mémoire imprimé n'était pas d'accord avec l'auteur des deux notes qui vous avaient été transmises. Ma réfutation fut immédiatement suivie d'une réponse dans laquelle, comme on le pense bien, notre confrère cherchait à prouver qu'il avait raison. J'aurais, certes, pu répliquer avec avantage, mais je n'ai pas voulu continuer une polémique qui n'eût eu d'autre résultat que de laisser la question indécise pour ceux des médecins qui ne se livrant pas habituellement à l'étude de la médecine légale, n'ont pas par conséquent l'occasion de vérifier les faits par eux-mêmes; quel parti prendre en effet entre deux auteurs dont l'un s'obstine à affirmer et l'autre à nier? J'ai préféré garder le silence et venir vous demander la solution du problème.

Est-il vrai que la présence des zoospermes dans l'urètre des pendus, considérée isolément comme l'avait d'abord dit M. Devergie dans la note qui est déposée à l'Académie, ou bien jointe à la congestion des organes génitaux

comme il l'a indiqué depuis dans son mémoire imprimé, puisse être considérée comme une preuve de suspension pendant la vie?

Je n'hésite pas un instant à répondre par la négative et j'ajoute qu'il serait dangereux de laisser le public croire plus longtemps à l'assertion contraire émise par M. Devergie. Je demande, en conséquence, que la commission que vous avez nommée en dernier lieu pour examiner le procès-verbal de l'ouverture du cadavre de Lesage, faite par ce médecin, saisisse cette occasion pour étudier l'affaire à fond; loin de me prévaloir du titre d'académicien à l'abri duquel je pourrais annoncer des faits sur lesquels vous n'auriez pas le droit de faire un rapport, je désire au contraire que mon opinion soit jugée par l'Académie quand elle aura à statuer sur le travail de M. Devergie.

Voici, au surplus, les observations sur lesquelles je m'appuie et qui me semblent péremptoires.

1° Non-seulement il est possible de constater la présence des zoospermes dans l'urine rendue *la première*, une heure après l'éjaculation, comme je l'avais dit, mais encore huit, dix ou douze heures après; je démontrerai ce fait devant la commission dès qu'elle l'exigera. Il reste donc du sperme dans l'urètre des individus qui ont éjaculé tant qu'ils n'ont pas uriné; d'où il résulte que dans un cas de mort naturelle ou de mort provoquée par un empoisonnement, par une blessure, etc., il se pourrait que pour faire prendre le change sur la cause de la mort, on pendît le cadavre et que l'on trouvât du sperme dans l'urètre parce qu'il y aurait éjaculation avant la mort et que l'individu n'aurait pas uriné: dans ces diverses espèces, le signe tiré de la présence du sperme dans l'urètre n'offrirait plus aucune valeur pour décider si la suspension a précédé ou suivi la mort.

2° J'ai examiné l'urètre de cinq cadavres d'individus ayant succombé à divers genres de maladies et qui étaient restés couchés sur le dos; j'ai constamment trouvé du sperme dans la canal de l'urètre. Permettez-moi de vous donner quelques détails sur ces faits.

Chez un vieillard âgé de soixante-huit ans, mort d'un cancer du foie et de l'estomac, le 30 juin dernier à deux heures de l'après-midi, le canal de l'urètre, ouvert à quatre heures, est rempli d'un liquide visqueux, légèrement ambré, qui étant recueilli sur des lames de verre et examiné au microscope, laisse apercevoir une grande quantité d'animalcules spermatiques.

Joseph, garçon de cave de la boutique d'un marchand de vin, rue Saint-André-des-Arts, assassiné dans la nuit du 4 au 5 de ce mois, meurt à la clinique de la faculté le 5 à six heures du matin. Le même jour, en pressant faiblement l'urètre, il en sort trois gouttelettes d'un liquide laiteux, dans lequel, en présence des élèves qui suivent le cours de M. Donné, ce médecin a trouvé un nombre considérable d'animacules spermatiques.

Chez un homme âgé de vingt-cinq ans, mort phthisique et examiné au bout de trente heures, l'urètre pressé depuis la racine de la verge jusqu'au méat urinaire, laisse couler deux gouttes d'un liquide laiteux dans lequel on découvre quelques zoospermes.

Chez un autre individu âgé de soixante-deux ans, le liquide extrait de l'urètre trois heures après la mort contenait des globules visqueux des cristaux d'acide urique, et un certain nombre d'animacules spermatiques.

Je terminerai cette série d'observations par le fait suivant: Un homme vigoureux, âgé de quarante-six ans, mort avant-hier à quatre heures de l'après-midi, peu de temps après avoir eu la jambe gauche broyée par la roue d'une voiture, a été examiné hier à six heures du soir; en pressant l'urètre, on fit sortir une très-grande quantité d'un liquide blanc laiteux dans lequel on a pu constater encore ce matin la présence de quelques zoospermes.

Il est vrai que je n'ai trouvé qu'un mélange de mucus et d'urine dans l'urètre de deux sujets morts de fièvre typhoïde, de deux phthisiques, et d'un autre qui avait succombé à une hernie étranglée. L'examen de ces individus n'avait eu lieu que vingt-quatre heures après la mort. Il n'est donc pas permis de conclure, d'après ces faits, qu'il existe toujours du sperme dans l'urètre des cadavres; mais peut-être qu'en multipliant les observations, l'on parviendra à reconnaître que l'absence d'animacules spermatiques dans les cas de fièvre grave, tient à ce que dans les derniers jours de la vie il y a émission involontaire des matières fécales et de l'urine, et que celle-ci entraîne le sperme avec lui; peut-être aussi verra-t-on que les cadavres dont l'urètre ne renferme point de zoospermes longtemps apès la mort, en contiennent si on les examine peu après que la vie a cessé surtout lorsque les cadavres n'ont pas été brusquement déplacés. Ne sait-on pas, en effet, qu'il suffit d'imprimer à ces cadavres le plus léger mouvement pour que l'urine s'écoule quelquefois en emportant le sperme.

Je passe maintenant à une autre série de recherches.

3° Emmanuel Bigot, âgé de vingt ans, mort dans le service de M. Husson, le 1er de ce mois à deux heures du matin, est examiné sept heures après. La peau de la verge et du scrotum est à peine colorée; un liquide laiteux s'écoule de l'urètre, mais il ne contient que du mucus prostatique et quelques cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. La verge

de couleur brune, mesurée dans le point où la peau va se confondre avec celle du scrotum, donne une circonférence de trois pouces cinq lignes. On place le cadavre debout en le maintenant au moyen d'une sangle passée sous les bras, et on le laisse dans cette situation pendant sept heures; alors on reconnaît que les membres abdominaux sont très injectés, que la verge et le scrotum sont très-colorés en violet, et que la circonférence du pénis au point indiqué est augmentée de sept lignes.

Un phthisique, âgé de cinquante ans, mort à la clinique le 12 juin dernier, à midi, fut pendu à quatre heures et laissé dans cet état pendant seize heures. Avant la suspension, le tronc et les membres étaient encore chauds et pâles, quoique déjà certaines portions du corps fussent raides; les organes génitaux étaient pâles, sauf le prépuce qui offrait une teinte violacée; la verge, mesurée au point indiqué, donnait une circonférence de quatre pouces trois lignes. Après la suspension, les membres abdominaux étaient violacés jusqu'au dessus des genoux, et les membres thoraciques jusqu'au pli du coude. Le pénis et la face inférieure du scrotum étaient livides; la veine dorsale de la verge et ses premières divisions étaient très-manifestement distendues; il n'y avait point d'érection, mais la circonférence de la verge était augmentée de quatre lignes. On recueillit, au méat urinaire, une grosse goutte d'un liquide trouble, d'une odeur légèrement ambrée, dans lequel existaient de nombreux animalcules spermatiques *morts*.

Un homme de cinquante ans environ, conduit à l'Hôtel-Dieu le 12 de ce mois dans la nuit, expira le 13 à cinq heures du matin. Trois heures après, les membres abdominaux étaient pâles; la verge, très-peu développée, offrait une circonférence de trois pouces une ligne, elle n'était point colorée; il en était de même du scrotum. L'ouverture du prépuce était remplie par un liquide visqueux contenant une prodigieuse quantité d'animalcules dont plusieurs *étaient vivants*. Après avoir exprimé l'urètre pour en retirer le sperme qu'il contenait, le cadavre fut pendu. Huit heures après les membres abdominaux, le scrotum et la verge étaient violacés; la circonférence de celle-ci était augmentée de huit lignes; le méat urinaire offrait une grosse goutte de liquide dans lequel M. Donné reconnut un nombre infini de zoospermes vivants, qu'il fit voir aux élèves qui assistaient à ses leçons.

Un homme de quarante-neuf ans meurt à la clinique d'une hypertrophie du cœur, le 1er de ce mois à six heures du matin; je le vis à dix heures et demie avec notre confrère, M. Olivier (d'Angers), et M. Desprès, aide d'anatomie de la Faculté. La rigidité cadavérique était assez prononcée; le tronc et les membres étaient encore chauds; la peau était pâle, excepté vers le dos: la verge flasque, de couleur brune, offrait une légère turgescence; mesurée au point indiqué, elle donnait une circonférence de quatre pouces deux lignes. Le scrotum était pâle. En pressant l'urètre, on obtient trois gouttes d'un liquide laiteux dans lequel M. Donné constata, en présence de M. le professeur Bérard, une assez grande quantité de zoospermes dont plusieurs *étaient vivants*. Le cadavre fut pendu à onze heures (cinq heures après la mort), et resta dans cette situation pendant trois heures et demie. Alors le pénis, dont la circonférence était augmentée de neuf lignes, était en *érection* et formait presque un angle droit avec l'abdomen; sa couleur était violacée; les veines qui environnent le col de la vessie, celles du scrotum et des cordons testiculaires étaient assez distendues pour qu'il fût permis d'en faire une description anatomique des plus minutieuses. En incisant les corps caverneux sur le dos de la verge, il s'écoulait beaucoup de sang qui sortait en nappe. Les vésicules séminales étaient très-distendues. Il existait au méat urinaire une goutte d'un liquide visqueux dans lequel on découvrit une grande quantité d'animalcules dont plusieurs *étaient vivants*. Le cadavre n'offrait aucun indice de putréfaction.

Je ne terminerai pas sans témoigner toute ma reconnaissance à M. Desprès, aide d'anatomie de la Faculté, qui a bien voulu me seconder dans ces recherches, et à M. le docteur Donné, qui a examiné tous les liquides recueillis sur les cadavres dont j'ai parlé.

Je laisse à la commission de l'Académie le soin de décider ce qui reste, après ces faits, du travail de M. Devergie; quant à moi, sans avoir besoin de recourir aux arguments péremptoires que j'ai fait valoir dans ma *Réfutation* (V *Annales d'Hygiène* de 1839), j'en profiterai dès à présent, à moins que vous n'en décidiez autrement, pour modifier le paragraphe de mes conclusions relatif aux caractères tirés de l'état des organes génitaux après la suspension. Voici ce que je disais à la page 444 du tome 2e, de mon ouvrage de *Médecine légale* (édition de 1836) :

« S'il n'est pas rare d'observer l'érection du pénis et l'éjaculation du sperme, ou simplement l'éjaculation sans érection, chez les individus qui ont été étranglés ou pendus vivants, on ne saurait encore affirmer d'après ce seul caractère que la suspension a lieu pendant la vie, parce qu'on le remarque souvent dans les affections traumatiques de la moelle, et qu'il a été vu encore dernièrement dans un cas de luxation de la dernière vertèbre cervicale (*Bulletin de la Société anatomique*), et à la suite de quelques plaies d'armes à feu toutefois la suspension pendant la vie est rendue probable, quand il est reconnu que l'érection et l'éjaculation ne tiennent à aucune des causes indiquées, pourvu que l'on s'assure aussi que le sperme qui tache le linge et les parties génitales n'a pas été déposé par malveillance après la mort. L'absence d'érection et d'éjaculation ne saurait établir que la suspension a eu lieu après la mort, puisqu'on n'observe pas

ces phénomènes chez tous les individus qui ont été pendus vivants. »

Voici comment je pense m'exprimer à l'avenir :

S'il est vrai que dans les cas de suspension pendant la vie, il existe le plus souvent après la mort dans l'urètre du sperme contenant des animalcules même vivants, et que les organes génitaux sont le siége d'une congestion qui peut être portée au point de déterminer l'érection, on devra bien se garder de conclure d'après ces caractères, comme le veut M. Devergie, que la suspension a eu lieu pendant la vie : car il n'est pas rare de trouver du sperme dans l'urètre des cadavres d'individus qui, après avoir succombé à divers genres de maladies, sont restés couchés sur le dos, et que d'une autre part on peut en suspendant les cadavres, même trois ou quatre heures après la mort, et en les laissant dans cette situation pendant quelques heures, développer une forte congestion des organes génitaux, voire même l'érection, et constater dans l'urètre la présence de zoospermes dont plusieurs pourront encore être vivants. Le signe dont il s'agit offre d'ailleurs d'autant moins de valeur qu'il a déjà été observé dans plusieurs genres de mort autres que la suspension. Orfila.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Des purgatifs, et de leurs principales applications.—Thèse pour le concours de matière médicale et de thérapeutique, par A.-P. Requin, D.-M.-P.

Le concours pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer, et nous nous empressons de faire connaître à nos lecteurs quelques-unes des thèses qui ont été soutenues en présence de MM. les professeurs membres du jury, et d'un auditoire assez nombreux d'élèves. Faut-il entrer ici dans quelques considérations sur les sujets de thèses en général, et montrer le peu de bonheur qui préside assez ordinairement aux choix? ce ne serait pas opportun. Cette année la plupart des sujets de thèses ont été sérieux, et le hasard les a distribuées d'une manière convenable et heureuse pour chacun des candidats. Nous commencerons nos analyses successives par celle de la thèse de M. Requin : *Des purgatifs et de leurs principales applications.*

Certes il était difficile de tomber sur une question qui présentât plus de doutes et plus de moyens d'argutie, et par conséquent plus propre à faire ressortir l'esprit vif et pénétrant du candidat. M. Requin aurait pu, sur ce sujet si vieux qui commence à rajeunir, exercer sa verve mordante, et nous montrer les ressources infinies de sa dialectique ; mais il a préféré traiter sa thèse simplement et sérieusement. Nous ne saurions qu'applaudir à cette sage retenue, qui, au temps où nous sommes, doit être de quelque poids dans un concours.

Si la présence d'esprit et la vivacité de réplique sont des qualités précieuses lorsqu'il s'agit d'argumentation, la rédaction d'une thèse de concours exige à son tour qu'on y apporte toute la puissance du jugement, une logique pressante et une raison sévère, mûrie par des faits, puis enfin de la conscience.

La thèse de M. Requin nous a paru, à quelques égards, remplir toutes ces conditions ; et, quoique nous n'acceptions pas toute la responsabilité de son travail, nous n'hésiterons pas à adopter la plupart de ses conclusions. Nous ne pouvons nous empêcher, dit le candidat dans son résumé, de reconnaître et de proclamer d'une voix ferme et sûre la haute utilité de la médecine purgative. Quelles ressources cette médication n'offre-t-elle pas dans le traitement des maladies les plus diverses? En vérité, ceux qui la frapperaient d'interdit, ou qui ne l'accueilleraient qu'avec une méfiance excessive, ne sont pas moins en opposition avec l'expérience clinique qu'avec la théorie physiologique. Par la généralité de ses applications, elle doit, non moins que la saignée, jouer un grand rôle dans la pratique médicale. Aussi, à défaut des médecins qui abandonnaient cette arme précieuse, avons-nous vu les charlatans continuer de préconiser, à tort et à travers, comme d'infaillibles panacées, maintes compositions drastiques, et pouvoir se targuer parfois de cures éclatantes, sans que les revers manifestes fussent en proportion assez considérables pour dessiller les yeux du public.

Et en effet, ajoute M. Requin, je suis convaincu, et d'une conviction intime et profonde, que si la médecine était réduite à l'aveugle emploi d'un seul et même moyen contre toutes les maladies, et qu'elle eût à choisir entre les saignées et les purgatifs, le mal serait beaucoup moindre d'employer indistinctement ceux-ci plutôt que ceux-là. Heureusement il n'en est pas ainsi. Et, en ce qui concerne particulièrement les purgatifs, poursuit-il, la saine thérapeutique doit se borner à les relever de l'espèce d'excommunication que l'esprit de système avait fulminée contre eux. Elle doit poser les indications et contre-indications générales de leur emploi. — Puis, au lit des malades, en présence des cas particuliers où les indications et les contre-indications se croisent et s'entre-croisent si souvent, c'est à la sagacité du praticien à faire la part aux unes et aux autres dans une appréciation exacte de toutes les circonstances individuelles, et à discerner les indications *certaines* qu'il est tenu de suivre sans hésitation et avec persévérance ; les indications *probables*, auxquelles il est en droit de se confier, à moins de con-

tre indications prédominantes ; enfin, même les indications *problématiques*, qui lui permettent des tentatives, mais jamais hors des limites d'une sage prudence.

Toutes ces conclusions sont assurément dictées par un esprit juste et éclairé qui reconnaîtra pour juge de la question des purgatifs, non pas un système aveugle, mais bien l'expérience et la saine observation.

Maintenant, après ce long préambule, si nous voulons analyser la thèse d'une manière moins générale, il sera bon de faire remarquer d'abord que M. Requin a été forcé de parcourir seulement les sommités de la question; du reste, ainsi que ses compétiteurs. Les travaux les plus intéressants des siècles passés et ceux de l'époque contemporaine, sur les purgatifs, ont été mentionnés toutefois avec des notes additionnelles dues à l'observation. — Puis, venant à blâmer le pêle-mêle obscur qui existe dans les médicaments, M. Requin propose de diviser toute la matière médicale en classes et en ordres qui reposent sur la considération de l'action physiologique ou thérapeutique de ces mêmes médicaments.

C'est le plan d'une nouvelle classification qu'il donne (du reste avec franchise) non pas pour la meilleure, mais pour la moins mauvaise.

Le candidat avait déjà exposé ce plan dans l'épreuve de sa composition écrite ; nous le reproduisons ici. — Tous les médicaments divers sont distribués sous les sept chefs suivants :

I. Médicamentations parasiticides (qui tuent les animaux parasites. — Antipédiculaires, antipsoriques, anthelmintiques. — M. Requin emprunte à Schwilgué ce mot *médicamentation*, qu'il distingue de médication).

II. Médicamentations spécifiques ou *nosocratiques* (fébrifuges, antisyphilitiques. — Pour lui, le spécifique est un médicament qui exerce une action directe sur la maladie, qui en gouverne pour ainsi dire la marche).

III. Médicamentations physiques (absorbants externes, dentifrices, agglutinatifs, etc.).

IV. Médicamentations chimiques (contrepoisons, escharrotiques, lithontriptiques).

V. Médicamentations vitales locales (émollients, astringents, irritants ou phlegmasiques).

VI. Médicamentations vitales-générales (délayants, stimulants, toniques généraux ou corroborants, dépurants).

VII. Médicamentations vitales-spéciales (narcotiques, antispasmodiques, etc., etc., etc.).

Nous ne nous arrêterons pas à discuter la valeur de cette classification nouvelle ; nous le ferons en temps et lieu, lorsque nous donnerons, dans de prochains articles, quelques aperçus sur le choix des méthodes à suivre en thérapeutique.

Nous nous bornerons à indiquer, en terminant cet article, l'ordre qui a présidé au travail de M. Requin. Sa thèse est divisée en cinq chapitres : dans le premier, il esquisse une idée générale des purgatifs ; dans le second, il les passe en revue dans un ordre médical ; dans le troisième, leur action physiologique est spécialement étudiée ; dans le quatrième, il pose les principes généraux qui concernent leur administration ; enfin, dans le cinquième, il cherche à spécifier les indications principales qui en réclament ou en autorisent l'application.

N'oublions pas que cette thèse est une œuvre de douze jours, et qu'elle doit mériter à cet égard une mention des plus honorables.

Des diverses espèces de morve et de farcin, considérées comme des formes variées d'une même affection générale contagieuse, par M. Leblanc médecin vétérinaire.

Recherches expérimentales et comparatives sur les effets de l'inoculation au cheval et à l'âne, du pus et du mucus morveux, et d'humeurs morbides d'autre nature, par le même auteur.

Ces deux mémoires ont eu un remarquable à-propos de publication, et nous remercions sincèrement l'auteur d'avoir livré au monde savant le fruit de ses observations dans une circonstance si opportune ; dans un moment où l'Académie royale de médecine, venait de se saisir d'une question grave d'hygiène publique, celle de la possibilité de la transmission de la morve du cheval à l'homme. A cette époque aussi, l'administration de la guerre venait de charger une commission d'examiner de nouveau la question de la contagion de la morve chez le cheval. Les recherches pénibles, les nombreuses expériences dont le travail de M. Leblanc est enrichi, ont eu pour but d'éclaircir ces questions encore contestées ; et, nonobstant la difficulté de l'entreprise, l'auteur qui s'est déjà acquis une si juste réputation a su rendre à l'hippiatrique un service éminent, celui d'avoir remis en lumière, des vérités méconnues par beaucoup de vétérinaires français et étrangers.

Maintenant abordons la question principale dont cette brochure est l'objet : Quelles sont les diverses espèces de morve et de farcin ? Les

anciens auteurs, quelques modernes aussi, ont établi comme des maladies fort distinctes les diverses formes ou modifications de la morve ou du farcin, qu'ils désignent sous le nom de *morve chronique, morve aiguë, morve pustuleuse, morve gangréneuse; farcin chronique, farcin aigu, etc.* M. Leblanc s'inscrit contre cette manière de voir, et admet avec MM. Dupuy, Rodet, Renault. l'identité de nature des diverses espèces de morve, et regarde les transformations successives qu'elle subit, comme devant être les formes d'un même mal, des aggravations ou des améliorations d'une même affection. Ainsi, il est reconnu généralement qu'une espèce de morve succède souvent à une autre : la morve chronique à la morve aiguë, la morve aiguë à la morve chronique, la morve gangréneuse à la morve aiguë, le farcin aigu au farcin chronique, le farcin chronique au farcin aigu, etc.

Après avoir admis la consanguinité des diverses espèces de morve et de farcin, l'auteur expose les caractères anatomiques de ces maladies.

La morve et le farcin chroniques, comme les formes aiguës de ces affections, sont des *maladies générales* dont les lésions caractéristiques se montrent de préférence dans certains organes. Ces affections ont leur siége le plus apparent dans les fosses nasales et dans le système lymphatique; mais il y a toujours d'autres lésions concomitantes, même pour le farcin dont la localisation dans le système lymphatique paraît frappante.

Les lésions, dans la morve et le farcin (que M. Leblanc réunit dans une même description) sont : 1° *l'altération générale des liquides* indiquée le plus souvent par le développement dans un grand nombre d'organes de lésions particulières. Les principales altérations consistent en certaines tumeurs isolées, dites *boutons de farcin* et formées en grande partie par du liquide lymphatique coagulé. Ces boutons ont leur siége, soit dans les vaisseaux lymphatiques mêmes, soit en dehors de ces mêmes vaisseaux, et peuvent se développer sur toutes les parties du corps, au dos, aux épaules, aux côtes, aux flancs, au poitrail, sur les membres, dans le nez, sur les paupières, les tendons, dans les articulations, etc.

Alibert regardait le farcin comme l'équivalent de l'affection scrophuleuse dans notre espèce. L'animal, disait cet auteur, est en quelque sorte *farci* d'une multitude de corpuscules globuleux, parfois isolés, parfois rassemblés, qui s'ulcèrent et se ramollissent dans la cavité qui les recèle. Ces tumeurs, ces nodosités singulières qui siégent dans le tissu muqueux sous-cutané, sont communément désignés sous le nom de tubercules. Ces derniers boutons qu'on a voulu distinguer des véritables boutons de farcin ont, d'après M. Leblanc, une grande analogie entre eux; l'un de leurs caractères distinctifs, c'est la lenteur avec laquelle ils se développent.

On remarque encore d'autres lésions outre celles que nous venons de mentionner. La membrane muqueuse nasale des chevaux morveux présente des petites élevures d'un blanc jaunâtre, qui se ramollissent et s'ulcèrent dans un temps plus ou moins long.

Les ganglions lymphatiques sont aussi le siége d'altérations; ils renferment de petites masses blanchâtres, probablement formées par du liquide lymphatique altéré, et ces lésions dites tuberculeuses des ganglions se retrouvent beaucoup plus nombreuses dans les poumons que partout ailleurs. C'est, pense M. Leblanc, par les organes de la respiration, que la transmission de la maladie a lieu le plus ordinairement.

Quant aux altérations de sang, elles sont fort difficiles à apprécier; elles ont été cependant l'objet de recherches curieuses et de quelques études microscopiques, dont M. Leblanc doit incessamment publier les résultats.

Telles sont les lésions principales que l'on rencontre dans les chevaux morveux et farcineux; nous avons omis celles qui ne sont pas essentiellement caractéristiques, et nous renvoyons, pour les lésions secondaires, au travail intéressant de l'auteur. Toutefois nous dirons que rien n'est moins constant que la succession des lésions morveuse et farcineuse. Tantôt il arrive que celles qui constituent l'état aigu précèdent celles qui caractérisent la forme chronique, et *vice versa*. Dans ces deux principales nuances il y a aussi des variations infinies dans les symptômes; ainsi le *jetage* (liquide nasal de la morve) qui précède ordinairement les autres symptômes, comme le gonflement des ganglions, les élevures nasales, les ulcères, est quelquefois consécutif aux ulcères et au gonflement des ganglions sous-linguaux, etc., etc. Il ne faut pas toujours entendre par *morve chronique* une maladie qui dure depuis longtemps; car la morve peut offrir ce caractère dès son début : il en est de même pour le farcin dit chronique.

Dans la morve et le farcin aigus, la durée de la maladie dépasse rarement quinze jours ou trois semaines.

Nous arrivons aux symptômes et à la marche de la maladie.

Les animaux soumis aux causes assignées à la morve et au farcin, telles que les travaux excessifs, la mauvaise nourriture, la privation d'aliments, etc., présentent toujours quelques symptômes généraux, un trouble plus ou moins marqué des fonctions, avant d'offrir ceux qui sont particuliers à ces maladies graves. Lorsque les chevaux morveux et farcineux ne conservent pas cette apparence de santé qu'on a donnée généralement comme condi-

tion ordinaire de leur état, ils perdent l'appétit; leurs poils deviennent ternes, hérissés; la peau est sèche, brûlante; la bouche pâteuse; les yeux s'enfoncent et deviennent chassieux; la circulation est irrégulière; l'état du pouls très-variable; les mouvements circulatoires sont aussi fort irréguliers. La toux est aussi un prodrome, mais d'une faible valeur. Il y a fréquemment des frissons, des claudications qui annoncent ordinairement des engorgements aux membres.

Les symptômes et les lésions pathologiques de la morve et du farcin chez l'homme ont la plus grande analogie avec celles de ces mêmes maladies chez le cheval et l'âne. Les légères différences que l'on observe dépendent de l'organisation, qui n'est pas exactement la même dans l'homme et dans les solipèdes.

Quelles sont les causes de la morve et du farcin? Elles sont, d'après la plupart des vétérinaires, dues au séjour des animaux dans des écuries basses, malpropres, humides; à la nourriture de mauvaise qualité; aux travaux excessifs, aux transpirations arrêtées, surtout après des pluies froides. L'hérédité est aussi une cause de morve. A ces causes encore problématiques il faut ajouter la plus puissante de toutes, la contagion, que les observations toutes récentes de M. Leblanc nous démontrent jusqu'à l'évidence. Les non-contagionistes sont en trop petit nombre pour que nous ne partagions pas les convictions de l'auteur de cette brochure. Les nombreuses observations citées à l'appui, sont irrécusables et nous présentent un de ces caractères de vérité et de bonne foi exempts d'aucune idée spéculative.

Le dernier chapitre de cet ouvrage consciencieux traite de la police sanitaire, et des remèdes à apporter à ces maladies graves. — On regarde généralement la morve comme une maladie incurable, et M. Youatt attribue cette circonstance à la difficulté, sinon à l'impossibilité de faire parvenir les moyens médicamenteux jusqu'au siége du mal. M. Storry pense que cette difficulté peut être vaincue en employant des moyens différents de ceux qui l'ont été jusqu'ici, et il propose les fumigations d'acide carbonique. Le succès qu'il dit avoir obtenu de cette médication, dans un cas de morve confirmée sur un cheval, est déjà digne d'intérêt par lui-même, et il le devient encore aux yeux des médecins qui ont connaissance des belles recherches des docteurs Elliotson et Rayer sur la transmission de la morve du cheval à l'homme.

Puisque le farcin, ainsi que nous l'avons dit, est regardé comme l'analogue de l'affection scrophuleuse (idée qui appartenait plutôt à Sauvages qu'à Alibert), le traitement doit être à peu près le même que celui des scrophules. Ainsi il faut mettre en usage les préparations iodées, et les autres médicaments regardés comme anti-scrophuleux.

Dans l'impossibilité où l'on est aujourd'hui de combattre par un *spécifique* la morve aiguë et le farcin aigu, on a généralement recours, dit M. Leblanc, à un traitement analogue à celui que les médecins emploient dans quelques maladies éruptives graves; on modère les inflammations locales et le trouble des fonctions par le repos, par des boissons adoucissantes et quelquefois par la saignée, par des fumigations dans les narines. On pratique des scarifications sur les régions infiltrées de sang et de sérosité; dans le farcin aigu, on cautérise les tumeurs farcineuses, dès quelles apparaissent.

Dans la morve et le farcin chroniques un exercice modéré est salutaire; la nourriture doit être de bonne qualité. On nettoiera fréquemment les naseaux des chevaux morveux, et on entretiendra la plus grande propreté dans leur mangeoire, etc. Quant aux règlements de police sanitaire, ils sont extrêmement sévères et doivent être mis à exécution. Ainsi, l'animal doit être immédiatement sacrifié, s'il y a des chances d'infection pour d'autres chevaux.

Le résumé de ce travail conduit donc en définitive aux conclusions suivantes:

1° Les *diverses espèces* de morve et de farcin, doivent être considérées comme des *formes* d'une même affection générale.

2° *Toutes* les formes de morve et de farcin sont contagieuses, mais à différents degrés.

Si nous passons maintenant à l'examen de la seconde brochure, nous y voyons M. Leblanc démontrer par des expériences comparatives, qne les liquides morveux et farcineux, provenant du cheval ou de l'homme, peuvent produire la morve ou le farcin.

Plusieurs vétérinaires, nous fait remarquer M. Leblanc, cherchent à expliquer la production de la morve produite par l'inoculation de liquides morveux, en disant que ce n'était pas par ce que l'on avait inoculé un liquide *virulent*, mais bien parce que l'on avait introduit une matière *purulente* dans l'économie, que la morve se développait. Pour apprécier cette objection, ajoute cet auteur, j'ai inoculé comparativement des humeurs morbides, non morveuses, de diverse nature, prises sur l'homme ou sur le cheval.

Dans un premier chapitre sont rapportées les expériences d'inoculation de liquide morveux et farcineux pris sur le cheval et sur l'homme; dans le second, celles d'inoculation de liquides morbides de diverse nature, pris aussi sur le cheval et sur l'homme.

Quelques expériences analogues faites par d'autres vétérinaires y sont aussi rappelées.

Toutes ces recherches expérimentales et comparatives tendent à prouver que, 1° le pus et le mucus provenant de chevaux ou d'hommes morveux ou farcineux, peuvent transmettre la morve ou le farcin par l'inoculation.

2° Que l'inoculation du pus ou d'autres ma-

tières ne provenant pas d'animaux morveux ou farcineux, ne produit ni la morve ni le farcin.

Nous ne terminerons pas cette analyse sans remercier M. Leblanc d'avoir apporté dans son travail autant de conscience et d'érudition; ces qualités, inséparables chez l'auteur, d'un style simple et précis, d'un jugement sûr et profond, assurent à ses ouvrages une supériorité incontestable.

De l'exercice de la médecine en province et à la campagne considéré dans ses rapports avec la pratique par P. D. Thiaudière.

Si nous cherchons dans cette brochure les éléments d'un travail philosophique, si nous voulons y trouver, pour le médecin, les conditions morales qui régissent sa profession, il est peut-être convenable de s'adresser ailleurs et de puiser à une source plus spéciale et plus féconde. Cet écrit s'adresse surtout aux jeunes docteurs qui quittent les écoles, et présente l'épigraphe suivante : « Il y a quelques années, j'étais comme vous, je quittais des maîtres célèbres dans toutes les parties de la science, mais j'aurais bien voulu trouver un guide qui m'eût servi d'introducteur dans la pratique. » M. Thiaudière s'offre d'assez bonne grâce comme Cicerone aux jeunes praticiens qui vont, dit-il, par goût, par philosophie ou par nécessité, s'établir dans les campagnes et qui sont obligés de tenter seuls et sans secours, une voie qui leur est entièrement inconnue.

Les motifs qui ont guidé M. Thiaudière dans la rédaction de ce petit ouvrage, sont de louables motifs; on lui saura gré d'avoir évité quelques écueils aux jeunes docteurs qui viennent de subir leur dernière épreuve dans une de nos Facultés de médecine; les règles de conduite qu'il leur trace avec intelligence, leur seront d'un grand secours vis-à-vis de la population au milieu de laquelle ils se trouveront tout à coup transportés. Seulement, si nous avions un reproche à faire, nous dirions que l'auteur de cette brochure n'a pas assez insisté sur les devoirs du médecin, sur la mission morale dont il est religieusement investi. En effet, dans les rapports de médecin ne doit-il pas résulter quelque chose de plus que cet exercice de soins physiques? Si les moyens d'hygiène et de curation sont ainsi bornés, ou n'ont pas une direction spéciale; le médecin perd assurément le plus beau de ses attributs, celui d'associer aux ressources de son art les principes consolateurs de la morale privée. Assistez au chevet du lit de votre malade, dépouillez-vous de la sévérité du caractère, et parlez comme à un ami qui vous estime; alors le retour à la santé, remarquez-le, sera dû souvent à des influences morales, sans omettre toutefois la part des influences matérielles. Certes, nous avons foi dans la réalité, dans l'utilité de la médecine; mais il faut une croyance pleine et entière, qui se transforme en une sainte obligation contractée envers l'humanité. La pratique de la médecine exige du savoir et de l'esprit, mais par-dessus tout du cœur et de l'âme.

La brochure de M. Thiaudière renferme une foule de détails fort utiles, qu'on chercherait vainement ailleurs, de ces détails auxquels on ne pense pas d'abord dans la vie médicale et sociale, et qui sont cependant du plus grand poids, si l'on ne veut pas débuter par des essais malheureux. Plusieurs chapitres sont écrits avec verve et entraînement, et présentent cet intérêt qui croît et se mesure sur l'importance du sujet. Lorsqu'il traite de la responsabilité du médecin de campagne, M. Thiaudière s'abandonne à de justes récriminations. La loi, dit-il, ne s'est jamais occupée de nous donner des garanties; de toutes les professions libérales et intellectuelles; elle a condamné la médecine seule à acheter le droit de faire du bien, en payant l'impôt de la patente, qui l'assimile aux conditions industrielles et mercantiles. La législation s'occupera-t-elle enfin sérieusement de l'exercice de la profession de médecin? Je ne sais, quoique depuis douze ans nous ayons eu déjà quatre ou cinq éditions de projets, que toutes les sessions devaient convertir en loi, mais toutes ces recrudescences de zèle n'ont encore abouti à rien; le gouvernement a successivement ému et interrogé les facultés, les écoles, les académies, les sociétés savantes, réclamant même le concours modeste et je pourrais dire compétent des simples praticiens; et tout ce luxe d'annonces, et toute cette sollicitude pour la santé des hommes sont demeurés stériles. Le besoin d'une réforme médicale est généralement senti; quand donc des préoccupations politiques feront-elles place à de bonnes lois d'organisation? etc., etc.

Attendons les résultats du projet de loi, que l'honorable M. Double a présenté, et recommandons à nos lecteurs, la brochure de M. Thiaudière, dont nous venons très-brièvement d'indiquer les sentiments et la portée.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MEDICALE.

Principes fondamentaux du cathétérisme, par M. le D. Mathias Mayor.

Ceux qui ont écouté les deux leçons de déligation chirurgicale que cet ingénieux chirurgien a faites l'hiver dernier à l'Ecole pratique de Paris, ont pu voir qu'elles ont presque autant consisté en principes de physique qu'en démonstration. La même méthode domine encore dans ce mémoire. Nous pourrions peut-être nous borner à donner la conclusion de cet ouvrage, mais l'auteur y expose ses idées avec tant de science, de conviction et d'esprit à la fois, que nous croyons qu'elles perdraient

de leur force, si elles étaient réduites aux étroites dimensions d'un résumé.

Le cathétérisme, dit M. Mayor, relève entièrement des lois de la mécanique, et il ne consiste évidemment que dans l'action d'un corps plus ou moins résistant, sur un canal plus ou moins disposé à céder et à se mouler sur ce même corps.

Le cathéter est donc une simple machine, comme un levier mis en jeu par une force quelconque qui, sans être jamais ni aveugle ni brutale, doit se présenter avec des degrés très-variés d'énergie et de vigueur. Ainsi, un très-mince cathéter ne doit jamais être poussé qu'avec un très-faible degré de force, quelle que soit la résistance, tandis qu'un gros cathéter pourra être poussé avec beaucoup de force; le *maximum* de sa résistance, ajoute-t-il, pourra exiger le *maximum* du volume du cathéter, ainsi que le *maximum* de la force motrice.

L'auteur cherche à prouver que *le cathétérisme relève exclusivement des lois de la mécanique*, ce qui n'est pas bien difficile à démontrer; il ne nie cependant pas l'influence de la réaction physiologique du canal sur l'opération. Il examine ensuite son second principe fondamental, savoir, que *la force est une des nécessités du cathétérisme*. Il combat vivement le principe tout opposé, que répétait si souvent Dupuytren : « Je voudrais pouvoir crier à l'oreille de tous les praticiens qu'il y a barbarie à vouloir pénétrer de *vive force* dans la vessie. » Il avait raison, dit-il, vis-à-vis des bougies et des sondes fixes. Mais sa proposition, dit M. Mayor, serait absurde à côté de mes moyens et de mes principes.

Le troisième principe fondamental de notre auteur, est celui-ci : *La pression est l'effet immédiat du cathétérisme en action.* La pression, voilà l'agent thérapeutique de M. Mayor, comme la dilatation est l'agent des autres chirurgiens; mais, dit-il avec raison, celle-ci n'est qu'un simple effet de la première. Maintenant, si l'on admet cette proposition, on n'aura plus recours, pour produire la dilatation, à des boyaux de chat insufflés d'air, ou remplis d'eau, à des corps souples et mous, de très-petit volume, etc.; mais on s'adressera à des agents capables de presser avec énergie; or, on sait que la compression est un des moyens les plus puissants de combattre les indurations, les engorgements, la raideur, les inflammations chroniques de quelque partie du corps que ce soit. Et les rétrécissements dans la région prostatique, est-ce par la dilatation de cette glande qu'on les guérit? demande-t-il ironiquement.

Nous ne suivons pas M. Mayor dans les raisonnements pleins de logique et de sel dont il accable la théorie pure et simple de la dilatation. Nous passons à son article quatre, des résistances, envisagées comme causes, et des affections urétro-vésicales, et du cathétérisme.

Les causes morbides qui nécessitent cette opération peuvent se rattacher, dit-il, en très-grande partie du moins, à des résistances à vaincre par le cathéter; un des grands résultats qui se manifestent presque toujours, lorsqu'elles ont été convenablement attaquées et vaincues, l'effet immédiat de la dilatation excentrique même, ne disparaît, en général, jamais entièrement, et l'impression en subsiste d'autant plus longtemps que la compression a été plus considérable et plus brusque.

M. Mayor raisonne ensuite d'après l'analogie. Chaque fois qu'il est question de l'introduction d'un corps quelconque dans un canal souple et mou, on se sert d'un corps dur et ferme; ainsi les instruments que l'on introduit dans les voies lacrymales sont tous solides. Les cathéters creux et mous ont besoin d'un mandrin métallique pour passer plus facilement dans l'urètre.

L'auteur établit ensuite cette proposition, que la simplicité, dans les agents du cathétérisme, est un gage assuré de leur valeur. Il gémit sur la multitude de moyens qu'on invente tous les jours, et qui ont chacun une vogue éphémère; quant à lui, il n'a recours qu'à un seul corps, l'étain, pour la confection de ses cathéters. Il ne fait usage que de cathéters creux; ils peuvent servir à tous les usages des simples cylindres, et agissent dans des circonstances où ceux-ci sont tout à fait inutiles, comme les injections. Il en a six tout au plus qui suffisent pour les adultes, en commençant leur série par une ligne et demie ou deux lignes de diamètre, et en terminant à quatre lignes ou quatre lignes et demie; il dit ne jamais laisser l'instrument à demeure, attendu que son seul passage et un séjour momentané dans la vessie, suffisent presque toujours pour rétablir le cours de l'urine.

On conçoit qu'avec le cathéter de M. Mayor on est peu exposé aux dangers d'une fausse route.

Ce chirurgien ne propose pas, du reste, son instrument comme la *panacée* universelle des rétrécissements; il accorde qu'on ait recours à d'autres médications, lorsque la pression sera impuissante ou contre-indiquée, mais il veut que ce ne soit que dans des cas exceptionnels bien rares, et avec cette condition *sine quâ non*, que ces moyens auxiliaires devront, après un temps bien court, faire place à la compression, hors de laquelle il ne voit point de salut.

La méthode du chirurgien de Genève est, comme on le voit, le contre-point de celles qui sont usitées à Paris, de celle surtout que notre Boyer eut la faiblesse de préconiser toute sa vie. Ainsi, au lieu de ces cathéters de plus en plus grêles, menus et pointus à mesure que l'obstacle est plus grand, et qu'on ne poussait qu'en tremblant, on se servira de cathéters gros, fermes et durs, qu'on enfoncera avec force, hardiesse et rapidité.

—

Considérations pratiques sur les hémorrhoïdes et les fissures de l'anus, par A. J. Jobert (de Lamballe).

M. Jobert donne la liste des procédés opératoires qu'il désapprouve, ou auxquels il voit des objections; et on comprend que cette liste doit renfermer à peu près toutes les méthodes de traitement. Nous passons tout de suite au procédé auquel il dit avoir eu recours déjà un bon nombre de fois avec succès.

Après avoir provoqué par un lavement ou par des efforts de défécation l'issue des tumeurs hémorrhoïdales, il les saisit avec des pinces érignes, de manière à les maintenir au dehors; puis, avec un bistouri convexe, conduit en dédolant de dedans en dehors, il les divise lentement, et à mesure qu'un vaisseau fournit du sang, il en opère la ligature au moyen d'un fil simple. L'hémorrhagie peut être artérielle, ce qui est le cas le plus fréquent, ou veineuse. Il faut lier les artères et toutes les veines un peu considérables. Si, lorsqu'au bout de quelques instants la crispation déterminée par la douleur ayant cessé, et le cœur ayant repris sa force d'impulsion, la plaie bien épongée ne fournit plus de sang, on peut l'abandonner à elle-même sans crainte; une hémorrhagie consécutive est impossible. On n'observe les jours suivants que de légers symptômes inflammatoires, mais pas d'accidents, et la guérison a bientôt lieu.

Après quelques observations tirées de sa pratique, M. Jobert arrive aux considérations sur les fissures à l'anus. Il fait remarquer que depuis les travaux de Boyer, il est devenu évident que la contraction du sphincter, loin d'être la cause de la fissure, est au contraire la conséquence de la douleur qu'elle occasionne. Toutes les fois en effet que la fissure se borne à la muqueuse, il n'existe aucune contraction; celle-ci survient quand la solution de continuité a atteint les fibres circulaires. Si l'opération de Boyer, qui consiste dans l'incision du sphincter anal, procure la guérison dans la presque totalité des cas, les chirurgiens ont aussi remarqué, dit M. Jobert, qu'elle détermine souvent une incontinence des matières fécales et des gaz; d'autres fois on l'a vue amener des abcès autour du rectum à caractère quelquefois gangréneux, des fistules. M. Velpeau assure même avoir vu l'inflammation, dans deux cas, se propager au bassin et faire périr les malades.

Au lieu de diviser complétement le sphincter par une ou deux incisions profondes, M. Jobert préférerait pratiquer sur toute la circonférence de l'anus plusieurs incisions très-petites, superficielles, et cependant suffisantes pour permettre une dilatation notable, mais ne pouvant exposer à une incontinence de matières fécales consécutive. Ce moyen lui a très-bien réussi chez une malade pusillanime qui ne voulait pas se soumettre au moyen suivant, qui certes n'est pas nouveau, mais que l'auteur préfère encore à tout. Après avoir déplissé l'anus de manière à mettre la fissure à découvert, on saisit avec des pinces la membrane qui tapisse son trajet, et on l'incise dans toute son étendue avec une petite portion des parties molles sous-jacentes, au moyen d'un bistouri porté en dédolant, ou des ciseaux étroits et courbés; cette légère perte de substance suffit pour ramener la fissure à l'état d'une plaie simple, et la douleur occasionnée par le contact des deux lèvres n'existant plus, la contraction qu'elle déterminait cesse avec elle.

Quant au résultat immédiat de l'opération, il se borne à une inflammation superficielle circonscrite, et la guérison a lieu sans accident en huit ou dix jours, tantôt favorisée par l'emploi des mèches, tantôt même sans qu'on ait eu recours à ce moyen.

M. Gendrin, de son côté, assure dans le premier volume de son traité de *médecine pratique* avoir guéri des fissures à l'anus par le seul emploi des mèches cératées, même sans belladone, c'est-à-dire par la seule compression excentrique.

Notes sur les propriétés thérapeutiques et vénéneuses de l'iodure d'arsenic, sur son mode de préparation et sur sa composition, par le D. Anthony Todd Thomson (1).

Nous passons la description de la préparation de cet agent, et son histoire chimique qu'on trouve dans tous les traités *ad hoc*, pour arriver tout de suite aux considérations plus importantes qui font l'objet de ce mémoire.

L'action physiologique de l'iodure d'arsenic sur l'économie animale, dit M. Thomson, ressemble beaucoup à celle de l'acide arsénieux, mais modifiée par l'iode. Il arrive promptement dans la circulation, est probablement décomposé en iode, et l'iode converti en acide iodhydrique. On constate, peu de temps après l'ingestion, la présence de l'iode dans l'urine et dans les autres sécrétions, mais on ne trouve pas l'arsenic. Il agit d'abord comme tonique, mais au bout de quelques jours il cause de la douleur à l'épigastre, de la soif, un léger mouvement fébrile, et quelquefois de la diarrhée et du ténesme; la sécrétion urinaire prévaut aux dépens des autres; ainsi la gorge est sèche, la peau aussi, le système nerveux s'irrite, et il survient des insomnies. L'auteur l'a quelquefois vu déterminer la salivation; M. Biett l'a employé à l'extérieur dans des affections cutanées invétérées. M. Thomson croit l'avoir le premier administré à l'intérieur en 1837, pour un cas de *lepra vulgaris* (Herpes furfuraceus circinnatus d'Alibert) fort ancien et fort grave; il en obtint un succès rapide qui l'encouragea à tenter depuis d'autres essais, le plus souvent couronnés de succès. C'est sur le système capillaire que cet agent paraît concentrer toute son énergie; en cessant quelque temps son em-

---

(1) *The Lancet*, année 1838.

ploi, lorsque survenaient les inconvénients cités plus haut, on ne voyait point l'amaigrissement, ni le ramollissement, ni l'atrophie des glandes, ni la fièvre que détermine ordinairement l'iode; il a au contraire paru produire des effets diamétralement opposés.

M. Thomson a traité successivement plusieurs cas graves d'impetigo par l'iodure d'arsenic à la dose d'un sixième de grain ; en même temps, il faisait de temps en temps de petites saignées et faisait prendre de la décoction de salsepareille. Dans tous ces cas, la guérison fut rapide et complète.

Il rapporte un cas de carcinome de la glande mammaire qu'il a arrêté par l'iodure d'arsenic, conjointement avec l'iodure de fer. La malade jouit encore aujourd'hui, au bout de deux ans, d'une santé parfaite. Il est vrai qu'on employa l'extrait de ciguë et un régime doux; mais on sait quels mécomptes ont éprouvés les admirateurs trop exclusifs du baron de Storck.

Ce médicament ne présente aucun danger, lorsqu'il est administré à faible dose; mais comme il est encore plus actif que l'acide arsénieux, on doit en surveiller l'action avec beaucoup de soin.

Les contre-indications à ce médicament sont la pléthore, l'irritabilité, la fièvre inflammatoire, la diathèse hémorrhagique, la phthisie. On peut le donner aux enfants, sans plus d'inconvénient qu'aux adultes.

Si l'on opère sur de l'urine ou sur de la bile, on mélangera avec le fluide, dans un vase cylindrique, un peu de mucilage d'amidon froid, et on fera passer à travers le mélange du chlore gazeux.

Le composé d'iode se reconnaîtra sur-le-champ à la formation d'un certain bleu d'iodure d'amidon sur les surfaces en contact. Si l'on employait le chlore en solution aqueuse, on courrait le risque d'en employer une trop grande quantité.

Si l'on examine la salive ou la sérosité des plèvres ou du péritoine, et les matières évacuées par les selles et le vomissement, on peut se servir de bandelettes de papier brouillard, qu'on prépare en le plongeant dans un mucilage d'amidon, et le faisant ensuite sécher. Ces bandelettes, humectées avec la substance suspecte et introduites immédiatement après dans un flacon de chlore, indiquent la présence de l'iode par une couleur bleue.

Quant au sang suspecté, on doit l'étendre d'eau, et le soumettre à l'ébullition pour obtenir par la filtration un liquide clair et incolore. On concentre ensuite ce dernier par l'évaporation, et lorsqu'il est à froid, on le mêle avec de l'amidon, et on achève l'expérience avec le chlore gazeux. Ce moyen n'indique que la présence de l'iode. Si l'on veut s'assurer si c'est de l'iodure d'arsenic, on acidule le fluide filtré et concentré, et on le fait traverser par un courant d'acide sulfhydrique, qui convertit l'iodure en acide sulfurique, et précipite l'acide sulfurique en sulfure, lequel peut être réduit à la manière ordinaire; ensuite on examine le fluide qui surnage avec l'amidon et le chlore.

Des conclusions par lesquelles l'auteur termine son mémoire, nous extrairons quelques propositions qui résultent de ses autres expériences.

L'iodure d'arsenic, dit M. Thomson, pénètre dans les sécrétions, et lorsqu'on veut l'administrer aux enfants à la mamelle, comme agent thérapeutique, on peut le faire arriver par le lait de la mère. Nous demanderons à l'auteur si ce médicament est un de ceux qu'un médecin consciencieux se permettrait de donner à une personne bien portante.

D'après ses expériences sur les chiens, il conclut que c'est un poison très-virulent, enflammant les tissus sur lesquels il est appliqué, ramollissant et gélatinisant la muqueuse gastrique, et même quelquefois y causant des ulcérations.

Appliqué à forte dose sur des surfaces séreuses ou muqueuses, ou introduit dans des plaies ou sur un ulcère, il est absorbé, et exerce une influence délétère sur le système nerveux et sur le cœur. D'après ses effets, lorsqu'il est introduit en solution dans les veines, et d'après l'état des deux côtés du cœur, qui sont toujours gorgés de sang coagulé, quand la mort est le résultat de fortes doses introduites dans l'estomac, on peut en conclure qu'indépendamment de son action topique et de celle qu'il exerce sur les centres nerveux, il tue surtout en détruisant l'irritabilité de l'estomac.

Note sur l'épidémie de Versailles, par M. Faure-Villars, D. M.

Les journaux politiques ont signalé, il y a déjà quelque temps, l'existence d'une épidémie qui a régné sur la garnison de Versailles. Voici les détails qu'en donne le médecin le plus à portée d'en rendre compte; détails que leur brièveté nous oblige d'extraire presque textuellement. La maladie s'est montrée tout à coup le 6 février dernier, et dès le début elle a présenté une gravité remarquable, puisque le premier malade a succombé en une heure, avec des symptômes apoplectiformes. Jusqu'à la fin de mars, elle se borna au bataillon du 18e léger, qui se composait de conscrits placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, dont un grand nombre disaient même avoir été surmenés.

Du 6 février au 6 mars, il y eut quatre-vingt-deux malades, et vingt-quatre décès. Pour relever le moral du soldat, on fit évacuer la caserne, bien qu'il n'y eût aucune cause d'insalubrité : cette mesure produisit un bon effet.

L'épidémie a duré du 6 février au 20 juin, et a présenté dans l'intervalle deux re-

crudescences, l'une en avril, l'autre en mai, que l'on a attribuées aux variations atmosphériques, et à la fatigue des exercices militaires. La dernière a plus spécialement atteint le 14e de ligne, qui a eu vingt-cinq malades presque tous gravement affectés ; puis l'épidémie, après avoir quitté le 18e léger pendant trente-cinq jours, est revenue à la fin de mai, peser sur les recrues arrivées pendant ce mois. Elle a toujours conservé la même gravité pendant sa durée tout entière, comme le démontre la table statistique donnée par l'auteur :

Du 4 fév. au	10 : 17	malades ;	9 décès.
Du 11	20 : 41		11
Du 21	28 : 14		5
Du 1er mars au	10 : 16		5
Du 11	20 : 8		4
Du 20	31 : 2		1
Du 1er avr. au	10 : 4		3
Du 11	20 : 12		5
Du 21	30 : 1		»
Du 1er mai au	10 : 4		3
Du 11	20 : 8		6
Du 21	31 : 13		7
Du 1er juin au	10 : 6		4
Du 11	20 : 5		»
Total.	153	malades,	63 déc.

Sur ces cent cinquante-trois malades, cent quatre étaient des recrues et cinquante-deux des anciens; sur les soixante-trois décès, les recrues y sont seules pour le chiffre énorme de cinquante-trois.

La maladie n'a pas du reste paru contagieuse.

Pendant les deux premiers mois de son passage, l'épidémie a affecté la forme inflammatoire, et on s'est bien trouvé des évacuations sanguines. Pendant les deux derniers mois, au contraire, il y avait insuffissance ou absence de réaction; elle a aussi présenté à cette dernière période des symptômes de rémittence où les fébrifuges ont parfois réussi.

Dans trente-sept cas, la peau a présenté des éruptions pétéchiales lenticulaires, ou des taches pourprées, d'une à quatre lignes de diamètre; ces taches ont quelquefois ressemblé à des ombres mal circonscrites ou à de l'encre répandue sur l'épiderme. Ce symptôme était des plus graves, car sur les trente-sept malades, vingt-neuf ont succombé.

On a observé cinquante et une fois la complication vermineuse; sur cinquante-deux autopsies, quarante-trois ont présenté de nombreux ascarides lombricoïdes; plusieurs malades en ont aussi rejeté par le vomissemen et par les selles.

On n'a en général rien observé du côté des organes digestifs; seulement quelques symptômes typhoïdes à la fin de la maladie.

La circulation a été fort irrégulière; ainsi le pouls a varié de trente-cinq à cent quarante, suivant les périodes de la maladie; souvent les joues étaient inégalement colorées; il y avait des différences dans le pouls des deux radiales, des mouvements tumultueux et comme vermiculaires du cœur, des hémorrhagies nasales, sous-épidermiques et sous-séreuses.

« La diminution ou l'abolition de la sensibilité dans certaines régions; les sensations de chaleur brûlante ou de glaçons courant sous la peau; l'altération profonde et persistante des fonctions nutritives et la lenteur de leur rétablissement; les alternatives de coma et de délire; les cris aigus arrachés par la douleur aux malades, et revenant par crises; le siége de cette douleur qui, de la région fronto-temporale, se propageait à la nuque, aux lombes et aux membres inférieurs; les mouvements automatiques des malades qui se grattaient violemment la nuque et toutes les parties génitales; la flexion de toutes les articulations et le renversement de la tête en arrière; la stupeur empreinte sur la physionomie; les troubles de la vision et de l'ouïe; la dilatation persistante de la pupille, et, malgré tout cela, des réponses justes, mais brèves, lorsqu'on parvenait à tirer les malades de leur assoupissement : tout annonçait une altération profonde du système nerveux, et donnait à la maladie un aspect spécial, qui ne permettait pas de la méconnaître. »

Sur les soixante-trois décès, quarante-six ont eu lieu les huit premiers jours. Après ce terme, le malade passait à la convalescence, ou à un état chronique qui se prolongeait jusqu'au cinquantième ou soixantième jour et se terminait bien plus souvent par la mort que par la guérison.

L'autopsie a constamment offert les traces d'une inflammation occupant presque toujours la totalité de la méninge cérébro-spinale. Ainsi, épanchements purulents entre la pie-mère et l'arachnoïde, dessinant les scissures interlobulaires, formant des plaques consistantes à la base du crâne et du cervelet, et se continuant en forme de gaîne sur la moelle épinière. Les cavités des ventricules et la région lombaire des méninges contenaient de la sérosité purulente et souvent un véritable pus phlegmoneux. Cette dernière lésion se rencontrait principalement après l'état chronique. Souvent, suffusion sanguine par plaques et en couronne sur les hémisphères cérébraux; pulpe cérébrale sablée et foncée. Concrétions fibrineuses dans le cœur, les artères et les veines pulmonaires; quelquefois aussi dans les veines de la superficie du cerveau qui étaient

dans un état avancé de turgescence. Du côté de l'appareil digestif, il se manifestait, dès les premiers jours, des taches blanches sur les gencives; muqueuse digestive souvent ramollie et offrant des rougeurs correspondant au gîte des lombrics. Rarement on trouvait des follicules isolés turgescents, la constipation a presque toujours été constante.

C'est à l'état chronique qu'on a observé le plus de phénomènes de rémittence, et le quinquina, qui avait paru inutile à la période aiguë, produisait ici d'assez bons effets. L'auteur dit s'être bien trouvé des saignées larges, des applications permanentes de sangsues et de froid sur la tête; des ventouses scarifiées sur le rachis; le vésicatoire sur le sommet de la tête a deux fois produit un succès inespéré. Le sulfate de quinine par la voie endermique a souvent arrêté le retour périodique des douleurs de tête chez quelques convalescents.

M. Faure-Villars finit en disant que la maladie qu'il a esquissée est loin d'être nouvelle; elle a été, dit-il, observée et décrite sous les divers noms de *fièvre cérébrale, fièvre vermineuse, céphalée épidémique, céphalée maligne, fièvre ataxique épidémique*, par Forestus, Sauvages, Rhumélius, Ingrassias, Livinus, Sanderinus, Félix Plater, Willis, Bonnet, Lepecq, Matthey, etc. C'est dans *l'Histoire des épidémies d'Ozanam* qu'on la trouve le plus complétement décrite; la Gazette médicale du 14 juillet 1838 contient aussi un article sur une maladie fort analogue, qui a régné dans le département des Landes. Cette maladie, d'ailleurs, pendant qu'on l'observait à Versailles, sévissait en même temps à l'hôpital de la marine et à l'hôpital militaire de Rochefort.

Mémoire sur l'emploi de l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*, dans la variole, par M. Nonat, agrégé.

L'auteur trace un historique sur l'emploi du mercure dans la variole qu'il fait remonter jusqu'aux Chinois. Il cite de grands noms en faveur de ce médicament, appliqué sous diverses formes; tels sont Baillou, Lobb, Dessessarz, Conradi, Vandenbosch, Van Swieten; tout récemment, MM. Serres et Gariel ont étudié les modifications que l'emplâtre de *Vigo* fait subir aux boutons varioliques.

M. Gariel en conclut que l'emplâtre de *Vigo cum mercurio* et la litharge en poudre font à coup sûr avorter les pustules varioliques, même quand elles sont en pleine suppuration; le pus est réellement absorbé et non desséché, ce qui empêche la formation des cicatrices. Selon lui, cette résorption ne donne lieu à aucun accident.

A ces résultats, M. Nonat vient ajouter ceux de ses propres travaux. Chez le sujet de sa première observation, atteint d'une variole confluente, l'emplâtre de *Vigo* fut appliqué sur la face et sur la cuisse droite le deuxième jour de l'éruption; il fut enlevé au bout de six jours. Le huitième jour, la teinte violacée de quelques boutons et la faiblesse du pouls firent prescrire des vésicatoires aux jambes; il survint des abcès multiples sous-cutanés, néanmoins le malade guérit. A la face et à la cuisse, l'éruption fut réduite à quelques granulations solides tuberculeuses; la peau avait gardé sa couleur naturelle, elle n'était ni tuméfiée, ni douloureuse. En dehors de l'emplâtre, les pustules avaient suivi leur marche accoutumée. Ce n'est point à la soustraction du contact de l'air et de la lumière que l'emplâtre de *Vigo* doit les propriétés qu'on lui attribue; l'emplâtre de diachylum, qui remplirait tout aussi bien cette condition, n'empêche pas les pustules de marcher. L'auteur attribue à l'emplâtre de Vigo, non-seulement un effet local, mais encore le pouvoir de modifier heureusement les varioles confluentes.

La seconde observation présente les mêmes symptômes, les mêmes incidents, le même traitement et la même terminaison. L'auteur dit, en outre, avoir remarqué la diminution de l'aréole inflammatoire des pustules qui reçurent le contact du topique mercuriel. Toujours absence de gonflement et de suppuration de la face, malgré la confluence des pustules.

Dans la troisième observation, on voit encore, comme dans les deux précédentes, figurer les abcès. On est en droit de demander à l'auteur si ces abcès ne sont pas dus à l'avortement des pustules. Ici le malade succomba.

Les pustules modifiées par l'emplâtre de *Vigo cum mercurio* prennent la forme de granulations solides papuleuses qui diminuent à mesure que des écailles furfuracées se détachent de leur sommet. La desquammation s'opère en un temps d'autant plus long qu'on a plus tardé à appliquer l'emplâtre. Jusqu'au quatrième jour, on prévient avec certitude les cicatrices; les tubercules s'usent peu à peu et ne laissent plus aucun vestige. Après le quatrième jour, l'emplâtre de Vigo ne peut plus que diminuer la profondeur des cicatrices.

L'effet abortif aurait lieu à plus forte raison, ainsi qu'on l'a observé, si l'emplâtre avait été appliqué quelques jours avant la manifestation de l'éruption. L'auteur n'a pas expérimenté sur l'onguent mercuriel auquel MM. Serres et Gariel attribuent les mêmes propriétes.

Un autre avantage de l'emplâtre de Vigo est, dit-il, de diminuer l'inflammation du derme et l'aréole qui l'accompagne : il ne cause pas de ptyalisme, et il conserve aux traits toute leur régularité.

Mais le traitement abortif a aussi ses contre-indications. Il faut s'en abstenir, lorsque l'éruption se développe avec peine et que la maladie prend un caractère de malignité.

L'auteur dans les varioles confluentes applique des vésicatoires aux jambes, d'après le conseil des anciens.

Il regarde le traitement abortif comme au moins inutile dans la varioloïde ; car il change les pustules en granulations solides, quelquefois très-lentes à disparaître complétement.

La dernière partie du mémoire est consacrée à des considérations par lesquelles l'auteur cherche à mettre le traitement abortif d'accord avec la théorie. Les parties, dit-il, qui sont habituellement soumises au contact de la lumière, présentent toujours une éruption plus confluente que celles qui y sont soustraites. L'exposition à la chaleur et au frottement, une irritation antécédente, produisent la même aptitude pour les régions qui en sont le siége. Puisque la confluence fait surtout le danger, on peut donc sans inconvénient diminuer le nombre des pustules à l'aide de moyens artificiels.

Sydenham cherchait à maintenir l'éruption dans de justes limites, par le froid à l'extérieur et à l'intérieur ; mais on ne saurait louer les saignées que Sydenham, Boerhaave et Van Swieten employaient dans ce but. Nous croyons même, avec l'auteur, qu'il serait dangereux d'appliquer l'emplâtre de *Vigo* sur une grande étendue.

LE SCALPEL DE MARSEILLE.

Observations sur l'emploi du nitrate d'argent dans les brûlures.

Nous trouvant le 9 décembre 1838 vers les onze heures du matin, chez une marchande de comestibles, au moment où une de ses filles, âgée de onze ans, se répandait du bouillon en ébullition sur la face dorsale des mains et postérieure des avant-bras, nous nous souvînmes que le nitrate d'argent avait été préconisé par le docteur Liggieboton (*Edinb. med. and surg. journal.*) dans les érysipèles de la face, et dans les brûlures : nous saisîmes avec plaisir cette occasion d'expérimenter l'action de ce médicament.

La brûlure était au premier degré de M. Dupuytren, il ne s'était formé encore aucune phlyctène ; nous commençâmes par humecter toute la surface brûlée avec de l'eau fraîche, pour faciliter la cautérisation, le caustique fut ensuite promené dans toute l'étendue de la brûlure. Quoique la malade fût d'un tempérament très-nerveux, et eût montré de la répugnance pour consentir à l'emploi du nitrate d'argent, elle se laissa cautériser avec beaucoup de sang-froid et avoua même que les douleurs aiguës de la brûlure étaient plutôt calmées qu'exagérées par ce médicament. (Repos, diète et limonade.)

Le soir nous la trouvâmes en proie à des douleurs assez aiguës, nous étendîmes du cérat sur toute la surface cautérisée. (Mêmes prescriptions.)

Le lendemain, la malade avait passé une nuit assez calme, elle avait cependant la langue rouge et se plaignait d'une soif ardente. (Diète sévère, orangeade.)

Le troisième jour, la malade était dans un état très-satisfaisant, la rougeur de la langue et la soif ardente avaient disparu. (On permet quelques aliments.)

Le sixième jour, les traces de la cautérisation persistaient encore et le mieux se continuait.

Le douzième jour, la desquammation survint sans avoir offert une seule goutte de pus ; la guérison était complète. Toute trace de brûlure avait disparu.

Un cas semblable s'est présenté depuis cette observation : la brûlure était au deuxième degré, malheureusement nous avons perdu de vue le malade deux jours après la cautérisation ; mais nous avons su depuis qu'il était parfaitement guéri.

Il est des médecins timides qui, redoutant les conséquences de ce médicament, reculeront peut-être devant son emploi, mais nous sommes bien persuadés que l'expérience leur démontrera son utilité. Du reste, un grand nombre de praticiens, entre autres les docteurs Liggieboton et Storer (*the Philadelphia journal*, ne l'ont-ils pas employé dans l'érysipèle de la face pour l'enrayer dans sa marche, et n'en ont-ils pas obtenu les plus heureux résultats, ainsi que le docteur Clément (*Lancette française*, n° 14-5,) qui l'a fréquemment mis en usage dans le zona ?

Les docteurs Bretonneau et Serre l'ont également préconisé dans les affections pustuleuses générales, sous le nom de méthode ectrotique.

Enfin ne le voyons-nous pas journellement employer avec succès à l'Hôtel-Dieu dans les ulcérations de la cornée ?

Nous aurions pu citer encore un grand nombre de faits analogues, où l'action du médicament est absolument la même (l'inflammation substitutive), mais nous pensons que les observations précédentes suffiront pour persuader à tout praticien qu'il peut employer, sans répugnance et sans crainte d'être taxé de témérité, un médicament dont l'expérience a tant de fois sanctionné les bons effets et qui du reste n'expose nullement la vie du malade.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 18 juin.)

Application du nouveau système des poids et mesures à la médecine et à la pharmacie.

M. Double lit, au nom d'une commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Delens, Boullay, Breschet, Pelletier et Double, un rapport demandé par le ministre sur l'application de la loi du 4 juillet 1837, relative à l'adoption du nouveau système des poids et mesures pour la médecine.

La commission s'est arrêtée aux conclusions suivantes :

1° A partir du 1er janvier 1840, les pharma-

ciens ne se serviront plus que des poids du système décimal.

2° A partir de la même époque, les médecins n'en emploieront pas d'autres dans leurs formules.

3° Les anciennes dénominations pourront être tolérées à cette seule condition, que, dans la pensée du médecin qui prescrit, et du pharmacien qui exécute, elles représenteront des quantités appartenant au nouveau système métrique.

4° Les professeurs aux écoles de médecine et de pharmacie se serviront exclusivement, dans leurs cours, des mesures du système métrique.

5° Les médecins, dans leurs formules écrites ou imprimées, exprimeront en toutes lettres les doses des médicaments. (Adopté.)

Etablissement d'un anus artificiel en ouvrant le colon lombaire gauche, sans pénétrer dans le péritoine.

M. Amussat communique l'observation suivante :

Une dame de Paris, âgée de quarante-huit ans, depuis longtemps sujette à une constipation opiniâtre, précédée quelquefois d'hémorrhagies par le rectum, éprouvait des douleurs vagues dans le bassin et dans la région lombaire. M. Barras, son médecin, me fit appeler pour la première fois le 2 août 1838. Nous ne découvrîmes alors et depuis qu'une légère affection de l'utérus, des excroissances polypeuses de l'urètre, et une hernie crurale droite.

Vers le commencement du mois de mai 1839, cette dame, paraissant jouir d'une assez bonne santé, se préparait à partir pour la campagne.

Le 29 mai je fus appelé de nouveau, par M. Barras, pour madame D...., qui était revenue de la campagne le 13, fatiguée par une constipation opiniâtre, qui datait déjà de huit jours. Tous les purgatifs les plus énergiques avaient été employés sans succès. Je reconnus que le rectum était complétement vide, et qu'il existait un obstacle au-dessus de cet intestin.

Des douches ascendantes, des injections à l'aide de sondes et de canules portées très-haut ne purent vaincre l'obstacle. Je demandai alors une consultation. MM. Breschet, Récamier et Fouquier furent appelés; il fut unanimement convenu qu'une tumeur obstruait le gros intestin au-dessus du rectum.

Tous les moyens ayant été tentés sans succès, on eut recours à l'opération suivante : Une incision transversale fut pratiquée à deux travers de doigt au-dessus de l'os des îles. Elle s'étendait depuis le bord externe de la masse commune sacro-lombaire, jusque vis-à-vis le milieu de la crête iliaque. Elle avait à peu près cinq travers de doigt d'étendue; le fascia superficiel, le grand dorsal et le grand oblique furent incisés dans le même sens et couche par couche : le petit oblique et le transverse furent incisés de même et de plus crucialement. Une artériole musculaire fut tordue; puis un feuillet aponévrotique fut incisé en croix. Enfin, le tissu cellulaire graisseux, qui recouvre immédiatement l'intestin, a été incisé et réséqué avec des ciseaux courbes; deux fils ont été passés en haut et en bas, dans l'épaisseur des parois de l'intestin, afin de le retenir et de prévenir son affaissement. Après avoir reconnu l'intestin colon *largement dépourvu de péritoine*, un trocart a été plongé dans le point le plus saillant de l'intestin fortement distendu et aussitôt que le poinçon du trocart a été retiré, des gaz et des matières fécales liquides se sont échappées. Un soulagement subit s'en est suivi. Un bistouri boutonné a été insinué à côté de la canule. Ce trou a été largement agrandi en plusieurs sens; des gaz et des matières délayées sont sorties en abondance; la malade a aussitôt exprimé vivement le soulagement qu'elle éprouvait. Son visage n'était plus livide.

Après deux injections faites, l'une dans le bout supérieur, l'autre dans le bout inférieur du colon, trois cuvettes de matières délayées ont été retirées. L'ouverture de l'intestin a été attachée à l'angle antérieur de la plaie par quatre points de suture. Les suites de l'opération ont été nulles. La hernie crurale s'est seulement enflammée et nous a donné de sérieuses inquiétudes. Un traitement antiphlogistique énergique a maîtrisé tous les accidents.

Seize jours après l'opération, la malade était parfaitement bien.

M. Amussat insiste pour faire remarquer que ce n'est pas seulement un fait heureux, d'une opération basée sur des données positives d'anatomie chirurgicale, c'est la seule voie sûre : mais elle avait été rejetée, dédaignée et abandonnée par des hommes très-capables, cependant, faute d'examen et de méditation.

(Séance du 25 juin.)

Nouveau traitement de la fièvre typhoïde.

M. Sédillot fait un rapport sur un mémoire ayant pour titre : *De l'emploi des lavements répétés, et des boissons abondantes dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

L'auteur du mémoire donne à ses malades de la limonade sulfurique; il leur fait administrer toutes les trois ou quatre heures des lavements purgatifs d'abord, puis simplement aqueux ou avec le petit-lait. Le but qu'il se propose est de débarrasser complétement les intestins des matières putrides. Du reste, il n'est pas exclusif; les antiphlogistiques, les révulsifs sont également employés suivant les circonstances.

Sous l'influence de ce traitement, la maladie a paru généralement parcourir ses périodes plus rapidement et se terminer d'une manière plus heureuse.

M. le rapporteur conclut au dépôt dans les archives, à ce que des remerciements soient votés à l'auteur pour un travail consciencieux; enfin, à ce que son nom soit inscrit sur la liste des membres correspondants.

— M. Dubois (d'Amiens) ne trouve pas que ce travail renferme des idées neuves ni des observations assez nombreuses et suffisamment détaillées pour justifier ces conclusions.

— M. Bouillaud reproche à l'auteur, et à tous ceux qui, en général, se sont occupés de la fièvre typhoïde, de n'avoir pas assez bien caractérisé cette affection; d'avoir confondu souvent avec elle d'autres maladies qui en diffèrent essentiellement, et d'avoir fourni, par conséquent, des résultats thérapeutiques auxquels on ne saurait accorder la moindre valeur.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

(Séance du 2 juillet.)

Sur les altérations essentielles du sang dans les principales espèces d'animaux domestiques.

M. Bouley jeune fait, au nom de MM. Piorry

Lecanu, Barthélemy et au sien, un rapport sur un mémoire portant ce titre.

M. Delafond, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, auteur de ce travail, s'est occupé de l'étude des principales altérations du sang. Il s'est livré d'abord à des recherches sur le sang des animaux, considéré à l'état normal. Ses travaux ont eu spécialement pour objet le sang veineux, dont il a étudié surtout la saveur, l'odeur, l'aspect, la facilité de coagulation, etc. Faisant peu de cas de l'étude des propriétés chimiques de ce liquide, il n'a pas entrepris sur ce point de nouvelles expériences.

Il étudie successivement les altérations du sang, qui consistent dans une augmentation ou une diminution de quantité de ce liquide, *polyémie* et *anémie;* celles dans lesquelles il y a altération des globules, *diarémie* et *diastasémie*; celles enfin caractérisées par son incoagulabilité, sa coloration noire, ses propriétés septiques, *méloemie*.

Dans la polyémie, pléthore, la quantité des globules sanguins est plus considérable qu'à l'état normal, et ce liquide est en masse trop abondant. Le plus souvent il se fait des épanchements sanguins, ou seulement des congestions sur divers organes; les apoplexies fréquentes sont alors difficilement distinguées de celles produites par d'autres causes. Une nourriture trop abondante, ou capable, par sa nature, de diminuer les quantités relatives de sérum et d'albumine en faisant prédominer la fibrine, est la cause la plus ordinaire de cette altération.

Dans l'anémie il y a au contraire diminution de sang et appauvrissement de ses éléments. Extrait par la saignée de la jugulaire, ce liquide sort en jet baveux, se coagule lentement. Les aliments nutritifs, le blé, l'orge, etc., sont spécialement indiqués : le quinquina, et surtout les préparations ferrugineuses, sont les médicaments auxquels on doit avoir recours.

Dans l'hydroémie, plus fréquente en Angleterre que partout ailleurs, les éléments séreux prédominent sur le coagulum, sans que la quantité du sang soit diminuée; l'analogie cependant est grande entre elle et l'anémie proprement dite. L'animal est facilement essoufflé, son cœur bat avec force, etc.; il survient des hydropisies, des diarrhées séreuses; des entozoaires se développent dans les intestins, dans le foie, etc. On devra, dans ces cas, faire émigrer les animaux, leur donner de bons aliments; les feuilles d'arbres verts, de pin, de sapin, les préparations ferrugineuses produisent de bons effets.

Dans la diarémie, maladie fréquente chez les bêtes à laine, les globules sanguins diminuent de quantité, le sang devient plus ténu. Il transsude à travers les parois des vaisseaux, dans l'intérieur des cavités; le même phénomène a lieu dans la diastasémie, caractérisée par la séparation des éléments qui constituent les globules; la fibrine et l'albumine se dissocient d'avec la matière colorante. La fibrine s'attache aux valvules du cœur. A cette altération correspondent, comme lésions secondaires, certaines affections locales, le coryza gangréneux, une variété de charbon : la diastasémie peut être aiguë et chronique. Les saignées, l'administration de l'eau de Rabel, paraissent convenir dans cette variété d'altération du sang.

Dans la méloémie, il s'agit d'une modification septique de ce liquide, qui prend des propriétés essentiellement délétères; à cette classe correspondent toutes les maladies septiques, charbonneuses que le sang peut développer chez d'autres individus, par l'inoculation ou le contact avec certaines surfaces. La plupart des organes, tels que le foie, la rate, les poumons, chez les animaux qui succombent, presque toujours rapidement, contiennent un sang noir, filant, poisseux, teignant fortement les doigts et les parois des vaisseaux, répandant une odeur infecte après un court séjour à l'air libre, fournissant, par le lavage, de petits grumeaux de fibrine, donnant naissance dans les organes à des épanchements noirs, abondants; et, à l'extérieur, à des tumeurs charbonneuses. L'incision de ces tumeurs, leur cautérisation profonde, semblent à M. Delafond de toute nécessité. Il faut se presser d'agir, car rien de plus rapide que cette terrible affection, une fois qu'elle s'est développée.

L'auteur examine comparativement ensuite les maladies produites chez l'homme par les altérations essentielles du sang; il leur trouve, avec celles qu'il vient d'étudier chez les animaux, la plus grande ressemblance.

— M. le rapporteur fait observer qu'il n'est pas question, dans ce travail, des résorptions purulentes; que l'auteur a négligé, à tort, l'étude chimique du sang à l'état sain et à l'état malade; que la considération du mouvement vital, de la réaction organique, qui méritent un grand intérêt, n'a peut-être pas été assez appréciée par M. Delafond. Quoi qu'il en soit, M. Bouley propose de renvoyer ce mémoire au comité de publication, d'adresser des remerciments à l'auteur; enfin, de l'encourager à continuer ses recherches, et à en publier les résultats.

M. Dupuy passe en revue les principales expériences qui peuvent, dans certaines circonstances qu'on fait naître à volonté, augmenter la viscosité du sang, donner lieu à des dépôts de coagulum dans le cœur, les poumons, etc., de manière à enrayer complétement et mécaniquement l'hématose; il reproche à l'auteur de n'avoir pas rangé parmi les altérations essentielles du sang celle qui appartiendrait à l'augmentation de cette viscosité. Il signale une erreur à éviter dans les cas où l'on injecte des matières putrides. On doit prendre en considération, dans les phénomènes qui se développent, ce qui appartient à l'augmentation de la viscosité du sang, qui est, en résultat, une véritable asphyxie, et ce qui appartient à l'action des matières putrides sur le cerveau, le cœur, etc. L'odeur des matières putrides injectées se fixe dans les solides, c'est une preuve que leur action s'est fait sentir aux organes. Enfin, selon M. Dupuy, on aurait tort d'isoler ces derniers des fluides qui les parcourent, d'oublier que les liquides sont influencés dans leur formation, leur circulation, etc., par le système nerveux.

— MM. Rochoux, Castel et Gerdy prennent ensuite la parole; ces deux derniers discutent la valeur de l'humorisme et du solidisme.

— M. Delens serait disposé à croire, avec beaucoup de médecins, et surtout avec les physiologistes allemands, que les fluides jouissent de propriétés vitales; que leur globules vivants, peuvent être malades par cela même, et que dans l'anémie, par exemple, où l'on donne du fer avec avantage, ce n'est ni sur la composition chimique du sang qu'on agit, ni sur le système nerveux, mais bien sur la vitalité des globules.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Morve chronique chez l'homme.

M. Laugier met sous les yeux de l'Académie

les fosses nasales d'un palefrenier mort à l'hôpital Beaujon des suites de la morve chronique. La muqueuse nasale est largement ulcérée en plusieurs points, il y a des portions d'os nécrosées, d'autres sont entièrement perforées.

Epidémie de suette miliaire.

M. Landouzy, interne des hôpitaux, qui faisait partie, avec MM. Guéneau de Mussy et Barthez, de la commission désignée par l'Académie de médecine, lit une relation succincte des faits principaux qu'ils ont eu l'occasion d'observer.

L'épidémie, dont le début remonte aux premiers jours de mai, s'étendit vers le 10 à Saint-Ouen, et sévit successivement sur les villages d'Orny et de Saint-Cyr: sur une population de deux mille habitants, quatre cents furent atteints, et quarante-cinq succombèrent.

On a pu observer une forme bénigne et une forme maligne; le début était presque constamment rapide et caractérisé par des sueurs répandant une odeur fétide et d'une abondance extrême; la face devenait rouge, les yeux étaient injectés, le pouls accéléré, la langue recouverte d'un enduit blanchâtre; il y avait sensation de douleur à l'épigastre, de la constipation, des crampes et des étouffements. Cette période durait ordinairement quatre à cinq jours, après lesquels, après un paroxysme fébrile, survenait une éruption précédée d'une vive sensation de picotement à la peau. D'abord c'était de petites vésicules, puis elles augmentaient de volume et s'entouraient d'une auréole; le développement de l'éruption était accompagné d'une notable diminution de la fièvre, qui reparaissait plus tard à divers intervalles, suivie encore d'une nouvelle éruption; cet état de choses durait dix à douze jours, après lesquels les vésicules se fronçaient, l'épiderme se détachait et s'enlevait dans quelques points en plaques assez larges; les malades ne tardaient pas alors à entrer en convalescence.

Dans la forme maligne, les symtômes revêtaient un caractère plus inquiétant. Il y avait de l'angoisse, une douleur sternale très-vive; la respiration était anxieuse et précipitée, les sueurs étaient visqueuses, souvent il y avait des syncopes, et les malades succombaient du troisième au quatrième jour; dans les cas suivis de guérison, la convalescence était longue et pénible.

Trois autopsies seulement ont été faites; on a constaté l'état liquide du sang, l'engouement des poumons à la partie postérieure, le ramollissement de la rate; la muqueuse intestinale était généralement injectée; les plaques de Peyer offraient un développement évident, mais sans autre lésion. Il existait dans le gros intestin une éruption vésiculeuse des plus abondantes.

Le traitement a été généralement fort simple; tel médecin faisait suer ses malades, tel autre au contraire arrêtait les sueurs. Il y a eu plusieurs fois indication d'appliquer des sangsues sur l'abdomen, et de faire des saignées générales; on donna de légers purgatifs en lavements. L'un de nous, dit M. Landouzy, s'est borné à prescrire les anti-spasmodiques, en rejetant complétement les émissions sanguines dans tous les cas, même les plus graves, et il n'a eu qu'à se louer de cette médication.

Morve aiguë.

M. Renaud, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, communique à l'Académie les détails de la maladie qui a fait tout récemment succomber un élève de cet établissement. Les premiers symptômes apparurent le 20 mai dernier, et ne consistaient qu'en une céphalalgie légère, accompagnée de douleur à l'épaule gauche: bientôt cet état s'aggrava sensiblement; il survint une tuméfaction à la paupière supérieure droite, des phénomènes généraux, fièvre, colique, diarrhée fétide, de la somnolence, de l'abattement, puis du délire, des points de suppuration en diverses parties du corps, au cou, aux bras, dans les fosses nasales, à la paupière primitivement engorgée; des pustules se développèrent à la face, et le malade succomba le 11 juin. L'autopsie ne put être faite.

Ce jeune homme était chargé de surveiller des chevaux morveux sur lesquels des expériences d'inoculation avaient été faites. Il commit plusieurs fois l'imprudence de porter à sa figure ses doigts non essuyés, et même de passer entre ses lèvres un pinceau trempé dans le pus provenant d'un abcès gangréneux développé chez un cheval morveux.

(Séance du 16 juillet.)

M. Orfila a la parole pour donner lecture de plusieurs mémoires relatifs à des questions médico-légales. Nous donnerons successivement ces deux mémoires dans le corps du journal.

Volvulus suivi de l'expulsion d'une portion d'intestin.

M. Gasté, médecin à Montpellier, membre correspondant de l'Académie, lit un long mémoire sur le volvulus, avec expulsion d'une portion de l'intestin. Il rapporte l'observation d'un militaire âgé de vingt-six ans, qui était à peine guéri d'une rougeole, lorsque, le 9 novembre dernier, il fut pris de symptômes graves du côté des voies digestives. Douleur abdominale des plus vives, tumeur ayant son siége à la partie supérieure de la région iliaque droite, constipation, vomissement des aliments et des matières fécales; pouls petit, accéléré; état d'angoisse inexprimable. Au bout de neuf jours après l'emploi de sangsues en grand nombre sur le ventre, de grands bains, des purgatifs huileux, qui furent d'abord rejetés, la constipation fut vaincue, les vomissements cessèrent; il y eut un mieux marqué.

Le 20, en faisant des efforts pour aller à la selle, le malade s'aperçut de l'apparition d'une énorme tumeur à l'anus; elle était noire, insensible, et répandait une odeur prononcée de putréfaction; on put la faire rentrer en partie; le reste fut excisé: il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Le 24, le malade rendit par l'anus une portion d'intestin longue de cinquante-trois centimètres, sphacélée à ses deux extrémités, qui seules étaient noires et gangrénées; on reconnut que c'était une portion de l'intestin grêle.

Le malade alla beaucoup mieux, sa convalescence commençait même, et M. Gasté prescrivit quelques aliments; mais ce malheureux commit un écart de régime, et succomba avec des symptômes d'entérite et de péritonite très-intenses.

Indépendamment de la déperdition d'une longue portion d'intestin, immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale, de nombreuses ulcérations dans l'intestin grêle, on constata l'existence d'une péritonite, l'adhérence de l'épiploon et du mésentère avec la perte de substance, un épaississement considérable de la valvule iléo-cœcale, l'absence de l'appendice vermiforme du cœcum.

(Séance du 23 juillet.)

Dysenterie, épidémie dans l'armee ottomane.

Cette maladie a été observée par M. Branzot, médecin à Constantinople; elle sévit à Malatia, sur un corps de neuf mille hommes campé dans une plaine marécageuse, pendant les chaleurs du mois d'août 1838. Ces troupes, composées pour la plupart de recrues levées de vive force, et sous l'influence par conséquent d'affections morales déprimantes, furent frappées en grand nombre,

A l'époque où M. Branzot arriva sur les lieux, il y avait mille trente malades répartis dans deux hôpitaux, qui consistaient en deux agglomérations de tentes; vingt-cinq à trente malades succombaient par jour. Les symptômes se développaient en général avec une excessive rapidité; d'abord apparaissaient des accidents cérébraux, un délire furieux; puis des douleurs abdominales, un ténesme des plus violents; les déjections peu abondantes, consistaient en des matières puriformes d'un brun-noirâtre et très-fétides; l'altération des traits de la face était profonde, la dépression des forces extrême; la mort était rapide et inévitable. Le docteur Branzot s'occupa d'abord de faire changer le lieu de campement. Le régime des malades fut modifié, et les soins médicaux reçurent une direction plus éclairée. Tout fut mis en usage; ce ne fut cependant qu'au bout de quatre mois que la maladie fut arrêtée. Dans cet espace de temps, deux mille trois cents soldats succombèrent; M. Branzot paya son tribut à l'épidémie, mais il guérit heureusement et put retourner à Constantinople.

(Séance du 30 juillet.)

Traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. Ollivier d'Angers fait, en son nom et en celui de MM. Amussat, Bouillaud, Husson, Lecanu, un rapport sur les expériences de M. Rognetta, ayant pour but d'établir la valeur relative de la saignée et des excitants dans le traitement des empoisonnements par l'acide arsénieux. M. Rognetta prétend que les excitants lui paraissent le meilleur remède, et que la saignée, au contraire, devrait être regardée comme nuisible, conformément à l'opinion de Rasori et de Giacomini.

Trois modes d'expérimentation ont été employés, ce qui constitue trois séries d'expériences: chez une première série de chiens, une dissolution d'acide arsénieux a été injectée dans la cavité péritonéale; dans une seconde série, de l'arsenic finement pulvérisé a été introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané de la nuque; enfin chez d'autres chiens, la dissolution arsénicale a été injectée dans l'estomac; immédiatement après, la gueule était maintenue fermée par un lien circulaire pour s'opposer au vomissement.

Dans les deux premières catégories, il n'y eut réellement pas de succès assez positifs, pour qu'on puisse y attacher quelque importance: tous les chiens moururent; seulement on remarqua que quelques-uns des chiens tonifiés succombèrent moins promptement.

Dans la troisième série, sur treize chiens auxquels l'arsenic dissous dans l'eau fut injecté dans l'estomac à la dose de six à quatorze grains, et qu'on saigna une ou plusieurs fois après l'ingestion du poison, onze succombèrent et deux seulement guérirent.

Sur le même nombre de chiens, soumis après l'intoxication au traitement excitant, consistant en un mélange d'eau-de-vie, de vin et de bouillon, auquel il ajoutait quelquefois du laudanum, huit guérirent, cinq moururent.

Enfin, neuf furent abandonnés à eux-mêmes et huit succombèrent. Voici en dernier résultat ce que M. Rognetta a obtenu, sur quarante-sept chiens soumis à ses expériences.

Sur 19 qui ont été saignés,	3 guér.	16 ont suc.
Sur 20 qui ont été traités par les excitants,	9 guér.	11 ont suc.
Sur 9 abandonnés sans traitement,	1 guér.	8 ont suc.

On peut donc conclure de ces expériences, dit M. le rapporteur, que la proportion des chiens guéris aux chiens morts a été de trois sur dix-neuf pour ceux qui ont été saignés, et de neuf sur vingt pour les chiens tonifiés. La guérison a été plus rapide chez ces derniers. Ces dernières considérations font donc désirer que ces expériences soient répétées dans d'autres conditions; en conséquence, la commission propose d'encourager M. Rognetta à continuer ces travaux, et de lui adresser des remerciements.

— M. Orfila proteste de tout son pouvoir contre les expériences de M. Rognetta. Depuis quelques années, dit-il, dix-huit cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux sont venus à ma connaissance, et la saignée a été pratiquée dans tous les cas avec avantage.

J'ai sous les yeux un relevé des empoisonnement par l'acide arsénieux, dont les journaux anglais ont donné l'histoire: il renferme les noms des observateurs, l'âge des malades, l'indication de l'existence ou de l'absence des vomissements, le nombre des saignées faites, etc. Or, ce relevé comprend dix-neuf observations: dans tous les cas, la saignée a été employée; un seul malade est mort; niera-t-on que la saignée ait été utile?

— M. Orfila arrive ensuite à l'examen des expériences de M. Rognetta, et prétend que la saignée employée chez les chiens a servi à empoisonner doublement ces animaux. En effet, qui a jamais saigné immédiatement après l'empoisonnement? personne; car tout le monde sait fort bien que ce seul fait favoriserait au dernier point l'absorption: cela saute aux yeux. En résumant, M. Orfila croit qu'en admettant que les expériences aient été bien faites, on ne saurait rien en conclure en faveur de la médication tonique.

— M. Dupuys insiste sur le trouble que les vomissements doivent apporter dans l'appréciation des résultats fournis par les expériences; en liant l'œsophage, cet inconvénient est évité, et rien de plus simple que cette ligature.

— M. Bouillaud, membre de la commission, fait part des impressions que lui ont fait éprouver les expériences de M. Rognetta: il laisse de côté les deux premières séries d'expériences, pour parler plus au long de la troisième. Les résultats obtenus dans les cas où l'arsenic avait été injecté dans l'estomac, dit M. Bouillaud, me paraissent des plus favorables: on ne saurait mettre en doute que si les animaux eussent été tous abandonnés à eux-mêmes ou saignés en plus grand nombre, tous ou la plupart auraient succombé. J'ai peine à croire que le fait du vomissement soit la cause unique de la différence entre ceux qui furent traités par les sai-

gnées ou abandonnés à eux-mêmes, et auxquels M. Rognetta administra son traitement. J'avoue que je fus singulièrement surpris de voir des chiens avaler si facilement, et conserver dans leur estomac, ces liquides alcooliques, tandis qu'ils en souffrent si évidemment à l'état normal.

—M. Bouillaud trouve dans l'action de l'arsenic deux modes différents : 1° une influence spéciale sur le sang, d'où résultent les phénomènes adynamiques ; 2° une action sthénique, inflammatoire, consécutivement à l'action locale du poison. C'est contre cette dernière et la réaction qu'elle développe que les évacuations sanguines lui paraissent surtout indiquées.

— M. Chervin, qui a assisté aux expériences préparatoires de M. Rognetta, dit que l'impression qu'il en a gardée est tout à fait favorable à l'emploi des toniques.

— M. Amussat avoue qu'avant d'assister à ces expériences la saignée lui paraissait préférable aux toniques ; il n'en est plus ainsi actuellement, et s'il avait à traiter un malade empoisonné par l'acide arsénieux, il lui donnerait le tonique de M. Rognetta, préférablement à la saignée, dans le principe.

—M. Renauldin admet l'utilité des évacuations sanguines générales et locales, dans les cas où de petites doses d'arsenic auront été prises; lorsque des doses énormes de poison auront été ingérées dans l'estomac, les accidents sont si graves, que toute thérapeutique est infructueuse ; les saignées ne produisent pas plus d'effet que tout autre remède.

— M. Lodibert n'a pas l'intention de se prononcer pour ni contre la saignée; ce qu'il veut établir, c'est que la mort peut survenir dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux, sans qu'on trouve la moindre trace d'inflammation ; si ce n'est pas la phlegmasie qui tue, c'est suivant lui, l'absorption.

La discussion est close.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 3 juin 1839).

Quelques nouvelles experiences sur les fonctions du système nerveux, par M. Magendie.

Le savant physiologiste rappelle le fait qu'il a signalé récemment, savoir, que la racine antérieure des nerfs rachidiens reçoit sa sensibilité de la racine postérieure, et que cette sensibilité acquise vient de la circonférence au centre. Il a depuis fait des expériences pour savoir si le même genre d'influence n'aurait pas lieu de la circonférence au centre. Elles l'ont porté à conclure que le cordon postérieur de la moelle, les racines sensitives, le ganglion, le nerf rachidien, les racines motrices, et enfin le cordon antérieur ou moteur, forment une sorte de chaîne circulaire dont chaque élément sert à transmettre la sensibilité des cordons postérieurs aux antérieurs. Maintenant il reste de nouvelles expériences à faire pour trouver la raison d'un chemin aussi long et aussi détourné, tandis que le cordon sutural en fournirait un bien plus court.

M. Magendie rapporte ensuite le résultat d'expériences qu'il a faites sur les trois branches du nerf facial d'un lapin. Il fut fort étonné de trouver la branche moyenne douée de sensibilité, tandis que la supérieure et l'inférieure étaient insensibles.

Mais une dissection attentive résolut l'énigme en montrant qu'un très-petit filet de la cinquième paire venait se joindre à la partie supérieure de la branche moyenne. Ce filet fut coupé sur un lapin vivant, et aussitôt la branche moyenne du facial perdit toute la sensibilité.

Le nerf facial du lapin est insensible à son origine, insensible à sa sortie du trou stylo-mathoïdien, sensible à sa jonction avec la cinquième paire, et pendant tout le temps que dure cette jonction, pour redevenir encore insensible, après avoir été abandonnée par le filet sensible.

L'insensibilité des deux branches du nerf facial ne s'est pas retrouvée sur les chevreaux ni sur les chiens, et probablement n'existe pas chez l'homme. Mais un fait qui pourra paraître singulier, parce qu'il heurte de front nos idées sur les fonctions des nerfs, c'est que le tronc du nerf facial, une fois coupé, toutes ses branches n'en conservent pas moins leur sensibilité. Il s'ensuivrait donc que la section du tronc de ce nerf, dans un cas de névralgie, n'amènerait pas le résultat désiré, et l'on y gagnerait de plus la paralysie d'un côté de la face.

Fait physiologique relatif aux racines des nerfs rachidiens, par *M. A. Longet.*

Comme il est de pratique, sinon de principe, qu'une découverte suscite deux ou trois inventeurs, M. Longet vient disputer à M. Magendie les résultats transmis par celui-ci à l'Académie, d'une expérience faite par M. Longet sous les yeux mêmes du professeur de physiologie du Collége de France.

Voici comment s'en explique M. Longet, auquel on doit d'ailleurs des résultats bien authentiques sur les nerfs de la face. Frappé dès longtemps de cette vérité, que le nerf facial n'est sensible qu'à cause de l'influence exercée sur lui par le nerf trijumeau, je conçus l'idée que, *malgré des connexions anatomiques différentes*, la racine postérieure d'une paire rachidienne, pourrait bien avoir sur l'antérieure une influence analogue ; je pensai que la racine antérieure emprunte sa propriété de sentir, non à ses relations avec le faisceau antéro-latéral de la moelle, mais à celles que cette racine entretient, au niveau du ganglion spinal, avec la racine postérieure correspondante. L'expérience érigea bientôt cette conjecture en certitude. En effet, sur un chien auquel avait été pratiquée, d'un côté, pour le cours de M. Magendie, la section de toutes les racines postérieures lombaires seulement, je stimulai, en présence de ce professeur, les racines antérieures correspondantes, sans déterminer aucune douleur, tandis que du côté opposé, m'adressant à une paire rachidienne intacte, et excitant sa racine antérieure, j'arrachai un cri à l'animal. Depuis, j'ai tenté sur des lapins des expériences galvaniques qui ont pleinement confirmé ce résultat.

M. Magendie répond à cela qu'il s'estimerait heureux de faire à M. Longet le sacrifice du résultat qu'il réclame ; mais l'expérience dont il parle n'est que la confirmation de l'expérience qui détermine que les racines antérieures sont nerfs moteurs, tandis que les postérieurs sont nerfs positifs. M. Longet n'a fait que constater ce qu'on savait déjà.

M Magendie, pour consoler le jeune physiologiste, termine en disant que les fonctions du système nerveux sont encore si peu connues,

que si M. Longet veut se livrer à des recherches expérimentales, nul doute qu'il n'arrive à découvrir réellement des faits importants.

(Séance du 10 juin.)

M. Longet fait de nouvelles réclamations sur l'importance de son expérience, auxquelles M. Magendie répond que si l'auteur de la lettre bornait ses prétentions à avoir pincé, au Collége de France, sous ses yeux, les racines rachidiennes, il n'y aurait aucune difficulté, puisque le fait est exact. Nous ne croyons pas devoir insister sur cette discussion, où chaque réclamant est probablement de bonne foi, et a peut-être sa part de raison, sinon toute la raison pour soi.

Les anathèmes prononcés par M. Magendie dans la dernière séance, contre la section du tronc du nerf facial, suscitent une réplique de M. Roux. Deux fois, mais deux fois seulement, il s'est décidé à entreprendre la section du nerf facial en deçà du trou stylo-mathoïdien, et le plus près possible de cette ouverture. Il est le premier et le dernier qui ait fait cette opération. La science n'avait pas alors consacré la distinction des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs, et dût le nerf facial être dépossédé de l'honneur d'être sujet aux névralgies, M. Roux ne croit pas, dit-il, mériter les reproches qui lui ont été adressés pour des tentatives dont la première remonte à trente ans environ, et la seconde à plus de vingt ans, et en cela il a parfaitement raison. D'ailleurs les résultats n'ont eu rien de décourageant, puisque chez le premier malade, si les douleurs névralgiques ne cessèrent pas immédiatement après la section du nerf facial, elles finirent néanmoins par disparaître complétement au bout de quelques semaines. Chez le second malade, la section fut pratiquée en plusieurs fois, et après chaque opération la névralgie cessa; mais plus tard, elle se réfugia dans la narine droite, d'où on ne put la déloger; elle y affectait probablement le filet ethmoïdale du rameau nasal de l'ophthalmique de Wilir.

M. Magendie réplique que le nerf facial n'emprunte pas sa sensibilité de la cinquième paire; mais que les filets de ce dernier nerf conservant leur propriété sensitive dans toute leur étendue, il est tout simple que les branches du nerf facial où ces filets s'associent offrent la sensibilité. Ainsi les névralgies du nerf facial, si tant est qu'il en existe, seraient encore des névralgies de la cinquième paire.

(Séance du 17 juin 1839.)

Embryologie. — Recherches sur l'appareil respiratoire branchial de l'embryon humain, dans les trois premiers mois de son développement; par M. Serres.

Beaucoup d'opinions ont été émises sur la respiration de l'embryon, depuis son arrivée dans l'utérus jusqu'à la formation du placenta. En 1525, M. Batké découvrit de petites fissures sur les parties latérales du cou de jeunes embryons. La ressemblance de ces fissures avec l'appareil bronchial d'un poisson (le *Blennius vivipare*), lui fit penser que leur usage était analogue; aussi les appela-t-il *fissures branchiales*. Cette découverte fut accueillie en Allemagne avec enthousiasme, mais M. Serres a reconnu que ces fissures, bien réellement existantes, sont étrangères à la respiration de l'embryon, et c'est cette assertion qu'il veut prouver dans son mémoire.

M. Serres fait d'abord l'éloge de la physiologie qui la première a facilité les découvertes anatomiques dans l'embryologie, puis pour préparer la voie à ses démonstrations, il passe à la description de l'appareil respiratoire du fœtus. Cet appareil respiratoire, dit-il, se compose chez l'embryon humain, du chorion, des deux feuillets de la membrane caduque, du liquide contenu dans sa cavité, et d'un ordre de villosités qu'il appelle *branchiales*; ces dernières, après avoir traversé l'épaisseur de la caduque réfléchie, viennent se mettre en contact avec le liquide. On sait comment l'œuf humain se forme petit à petit dans l'utérus une enveloppe propre, appelée *caduque refléchie;* il se trouve revêtu d'un double manteau, de celui que lui forme médiatement la caduque externe, et de celui qui lui est fourni immédiatement par sa caduque interne ou réfléchie. Entre ces deux enveloppes, se trouve une cavité occupée par un liquide qui les maintient à une certaine distance l'une de l'autre.

Telle est la conformation constante de l'œuf régulier dans le cours du deuxième mois; il se trouve alors couvert sur toute sa surface par les villosités du chorion, dont la vascularité a été constatée par les belles injections du docteur Martin St-Ange. De ces connaissances acquises sur les caduques et les chorions, dit M. Serres, il n'y avait qu'un pas à la vérité, car on avait une masse de houppes vasculaires, séparées par une simple membrane d'une cavité renfermant un liquide. Il suffisait, pour les mettre en rapport et compléter un appareil respiratoire branchial, ou que la caduque réfléchie fût perforée, de manière de permettre au liquide d'aller baigner les villosités vasculaires, ou bien que ces dernières pussent aller elles-mêmes à la rencontre du liquide, à travers l'épaisseur de la membrane. Eh bien, ces deux conditions sont réunies ensemble dans l'appareil respiratoire. La caduque réfléchie est perforée par une multitude d'ouvertures semblables à celles de la lame criblée de l'ethmoïde; et de leur côté, les villosités branchiales s'engagent dans l'épaisseur de la caduque réfléchie, se logent dans des espèces de conduits, et viennent se mettre en contact immédiat avec le liquide. Les ouvertures de la caduque ont quelquefois un ou deux millimètres de diamètre, d'autres fois ces ouvertures sont de véritables scissures.

Lorsque la caduque réfléchie est épaisse, ainsi qu'il arrive presque toujours au moment de sa réflexion, ces ouvertures sont de petits conduits sinueux, rampant dans l'épaisseur de la membrane. M. Serres a remarqué le premier que ces sinus ou ces trous sont occupés par un ordre particulier de villosité, qui communiquent directement dans la cavité de la caduque.

En préparant comparativement ces parties sur des produits d'âges divers, depuis le quinzième et le vingtième jour de la conception, jusqu'au quatrième et cinquième mois, époque à laquelle la respiration placentaire succède à la respiration branchiale, M. Serres à pu suivre la transformation des sinus en trous. Ainsi, il a observé qu'à mesure que la caduque réfléchie diminue d'épaisseur, la longueur des petits conduits sinueux diminue dans la même proportion. Dans les diverses transformations de la membrane, les villosités n'abandonnent jamais ni les sinus, ni leurs ouvertures où elles sont maintenues en place par un renflement qui se développe à leurs extrémités.

L'avortement qui survient jusqu'à la fin du troisième mois, qu'il soit naturel ou provoqué, a presque toujours pour cause une lésion première de l'appareil respiratoire branchial; c'est tantôt l'hypertrophie des caduques, qui fait disparaître la cavité et avec le liquide, tantôt leur atrophie qui les fait rompre sur un ou plusieurs points; dans d'autres cas, c'est l'inflammation de leur surface interne qui, en desséchant le liquide, détermine l'effacement plus ou moins complet de la cavité; et dans d'autres cas, au contraire, l'accumulation du liquide donne naissance à une hydrillisie de la caduque. Le plus souvent enfin les villosités branchiales se laissant congestionner par le sang, il se forme dans leur épaisseur de véritables épanchements sanguins, comparables à ceux du cerveau et du poumon dans les apoplexies cérébrales et pulmonaires. M. Serres rapporte deux faits de ce genre qui offrent la confirmation des dispositions anatomiques que nous venons d'exposer.

A mesure que l'embryon se développe, une partie des villosités du chorion se transforme en placenta, et alors commence le second temps de la respiration. Les villosités branchiales se flétrissent, puis la cavité de la caduque se rétrécit, le liquide diminue, les deux caduques amenées au contact s'unissent et se confondent, et l'appareil branchial a disparu.

La structure des parties de cet appareil branchial répond au but qu'elle doit remplir; la structure réticulée et perforée de la caduque réfléchie est ainsi organisée, pour permettre aux villosités du chorion d'arriver jusqu'au liquide qui doit continuellement les humecter; ces villosités sont pourvues de nombreux vaisseaux sanguins, nécessaires à toute respiration

Tel est l'appareil respiratoire branchial que M. Serres a reconnu chez l'homme, dans les trois premiers mois de sa formation; il annonce qu'il exposera dans un autre mémoire les variations importantes qu'il subit dans l'œuf des mammifères, dans celui des oiseaux, et chez les reptiles.

Note sur la paralysie et sur la névralgie; par M. Magendie.

Cet académicien a récemment donné des soins à deux jeunes gens affectés d'hémiplégie faciale. Il a fait cesser ces deux paralysies par l'emploi de l'électricité appliquée aux nerfs eux-mêmes, à l'aide d'aiguilles de platine. En pratiquant ces opérations, il a remarqué que le nerf, devenu inhabile à exciter les contractions musculaires, conserve cependant une sensibilité à peu près normale, ce qu'il croit venir à l'appui du résultat de ses dernières expériences, savoir, que la sensibilité du nerf facial n'est autre que celle des filets des nerfs de la cinquième paire, qui viennent se mêler aux filets du nerf facial.

Dans une séance précédente, M. Roux avait cité le cas d'une névralgie, où il a coupé successivement toutes les branches faciales, et où il a vu la douleur se réfugier dans les branches non coupées. M. Magendie rapporte le cas suivant; qui présente beaucoup d'analogie avec celui de M. Roux, mais avec une terminaison plus heureuse.

Une femme d'un certain âge s'adressa à lui pour une névralgie intense, qui depuis cinq ans ne lui laissait pas un instant de relâche, et l'avait entièrement privée de sommeil; cette névralgie se logeait capricieusement, tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre des branches de la cinquième paire, mais toujours avec une égale violence. Le jour où elle alla chez M. Magendie, le mal siégeait dans le nerf maxillaire inférieur; il y appliqua le courant électrique, et la douleur passa aussitôt du nerf maxillaire inférieur dans la langue. Il enfonça alors une aiguille dans le côté droit de la langue, et y fit passer le courant; la douleur sauta dans le sous-orbitaire, d'où on la débusqua de la même manière, ainsi que du nef frontal d'où elle disparut, n'ayant pas pris heureusement pour dernier refuge le filet nasal de l'ophthalmie, comme dans le cas de M. Roux, ce qui cependant n'aurait pas tout à fait découragé M. Magendie, car il ne regarde pas comme impossible d'y diriger un courant électrique à l'aide d'une aiguille fine de platine.

Ce fut ainsi que la malade fut guérie; il est vrai que depuis, la douleur a fait quelques efforts pour se reproduire, mais faible et très-tolérable, et surtout ne s'opposant point au sommeil; et une seule application de l'électricité suffit pour la faire disparaître à l'instant.

Depuis quelques jours, M. Magendie a eu occasion de voir une dame affectée depuis longtemps aussi d'une névralgie siégeant presque toujours dans le nerf lingual droit. Combattue par les même moyens, la douleur a passé dans le nerf maxillaire supérieur d'où on l'a fait disparaître sans retour.

(Séance du 24 juin.)

Section des muscles dans le traitement des déviations latérales de l'épine; par M. J. Guérin.

Ce praticien orthopédiste annonce avoir déjà pratiqué douze fois avec succès, chez des sujets atteints de déviations latérales de l'épine, une opération qui consiste dans la section de certains muscles du dos et de la colonne vertébrale, opération qui fera le sujet d'un mémoire qu'il présentera prochainement. Les muscles qu'il a divisés jusqu'ici sont : le *trapèze*, le *rhomboïde*, l'*angulaire de l'omoplate*, le *sacro-lombaire*, le *long dorsal*, et les *transversaires épineux*.

M. Guérin a établi depuis longtemps, dit-il, que le plus grand nombre des difformités articulaires, ont le résultat de la rétraction musculaire convulsive, rétraction qui dépend elle-même d'une affection du cerveau, de la moelle ou des nerfs eux-mêmes qui se distribuent aux muscles. Cette doctrine l'a conduit aux conséquences suivantes, savoir :

1° Que les formes diverses que chacune de leurs variétés est susceptible de revêtir sont le produit de la rétraction différemment distribuée dans tels ou tels muscles;

2° Que le traitement actif de chacune d'elles doit consister dans la section des tendons ou des muscles à la rétraction desquels leurs formes spéciales sont subordonnées.

M. Guérin a appliqué cette nouvelle méthode de traitement à des sujets des deux sexes, et d'âges différents; le plus jeune avait treize ans, le plus âgé vingt-deux ans. Toutes les déviations étaient au deuxième et au troisième degré avec torsion de la colonne et gibbosité proportionnées. Chez quelques-uns une section des muscles rétractés a suffi, chez d'autres, il a fallu en faire deux ou trois; chez tous, on a obtenu immédiatement après l'opération un degré notable de redressement de la colonne vertébrale; et chez un jeune homme de vingt-un ans, dont la déviation était soumise depuis dix-huit mois à un traitement mécanique, on a obtenu

par la section du long dorsal et des transversaires épineux correspondants, un redressement immédiat de toute déviation. Chez les autres sujets, M. Guérin a poursuivi avec un succès constant le traitement par les appareils mécaniques; pas le moindre accident dans aucune des douze opérations qu'il a faites; point d'hémorrhagie, peu de douleur, point de fièvre; et chez tous les sujets, à l'exception d'un seul, réunion immédiate des plaies sans suppuration. Quoique délicate, cette opération se fait presque aussi facilement qu'au col et au pied, et par des procédés analogues.

Nominations.

L'Académie a procédé par voie de scrutin, à l'élection d'un correspondant pour la place devenue vacante dans la section de minéralogie et de géologie, par suite du décès de M. Raboul.

Le nombre des votants est de quarante-deux.

Au premier tour de scrutin :

M. Buckland (d'Oxford) obtient	36 suff.
M, Sedgwick (de Cambridge),	3
M. Fournet (de Lyon),	2
M. d'Omalius d'Halloi (de Namur),	1

M. Buckland est proclamé correspondant de l'Académie.

—

(Séance du 1er juillet.)

Effet des feuilles d'or appliquées sur la peau pendant l'éruption de la petite vérole; extrait d'une lettre de M. A. Legrand.

M. le baron Larrey, dans une note communiquée à l'Académie le 4 juin 1838, a annoncé que les Egyptiens et les Arabes préservaient le visage des jeunes personnes un peu riches de l'action désorganisatrice de la variole, en le recouvrant de feuilles d'or au moment de l'invasion de cette maladie. L'auteur a essayé avec un plein succès cette méthode, dans un cas de variole confluente chez une jeune Anglaise fort jolie. Depuis le premier instant de l'éruption jusqu'à la fièvre de suppuration, il a fait recouvrir soir et matin toute l'étendue de la face de feuilles d'or fin, préparées comme pour la dorure à froid, et qu'il faisait adhérer à la peau, à l'aide d'un peu d'eau gommée. La face, malgré l'énorme tuméfaction qu'elle a éprouvée, a été parfaitement préservée, et les traits ont conservé toute leur finesse, à l'exception de quelques places sur les côtés où la dorure était enlevée par le frottement de l'oreiller. Les mains, qui n'avaient pas été soumises à l'action du même moyen préservatif, ont offert quelques cicatrices caractéristiques.

M. Larrey remarque à cette occasion qu'en Egypte on étendait la dorure non-seulement sur les mains, mais encore sur les pieds; cette précaution venait de ce qu'on les portait habituellement nus. M. Larrey rappelle qu'il a mis sous les yeux de l'Académie le pied d'une momie de femme, sur lequel la dorure était encore apparente.

Le directeur de service A. TROUSSEAU.

Imprimerie de Decourchant, rue d'Erfurth, 1.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 4. — OCTOBRE 1839.

I — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Première lettre thérapeutique à Pierre Bretonneau.

SUR LES VÉSICATOIRES.

Mon cher Maître,

Pendant les années trop rapides que j'ai passées sous vos ordres à l'hôpital de Tours, vous m'avez instruit à lire et relire le petit chapitre de Stoll : *De quibusdam magni momenti minutiis* (Rat. méd., t. III), chapitre très-court de son admirable traité de la dyssenterie, dans lequel l'immortel praticien *qui minutulas dedit distinctiones* montre l'importance que l'homme du métier doit attacher à ce que d'autres appellent des minuties.

J'ai pris de bonne heure à votre école une grande haine contre les spéculations vides qui ne mènent à aucune application pratique, et un grand mépris pour les laborieuses et stériles élucubrations de ceux qui comptent bien passer à la postérité, avec un râle nouveau ou avec une forme de production morbide microscopiquement décrite. Mais en revanche je prise d'une façon toute particulière les hommes qui veulent bien descendre des hautes régions de ce que l'on appelle aujourd'hui la science, et qui viennent causer simplement avec moi de ce qu'ils savent de bon et d'utile, qui m'initient à ces petits détails qui sentent le praticien, et que je quitte content d'avoir appris quelque chose d'utile et d'applicable.

Je ne dirai qu'à vous, et je le dirai tout bas : j'aimerais mieux celui qui m'apprendrait bien la manière de préparer et de contenir un cataplasme de fécule, ce qui n'est pas toujours facile, que l'habile homme qui me ferait toucher du doigt les différences capitales qui séparent le râle ronflant du sonore, et ceux-ci du sibilant, et le sibilant du soufflant, et le soufflant du turturin, et le turturin du roucoulant, et le caverneux du cavernuleux ; car je vous dirai que l'on arrive aujourd'hui à ces merveilles diagnostiques, et dans votre province vous êtes affreusement arriéré, vous qui vous contentez des quatre ou cinq râles de Laennec.

Donc, mon cher maître, je veux causer avec vous *vésicatoires*. Non pas *vésicatoires*, médicalement et thérapeutiquement parlant, c'est une chose sur laquelle je ne suis pas prêt ; mais *vésicatoires*, de garde-malade. Bref, je vais me demander, vous demander, comment on fait, comment on applique, comment on lève, comment on panse un vésicatoire.

J'ai grand'honte de dire, moi professeur de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, j'ai dis-je, grand'honte de dire que je ne sais pas parfaitement bien encore comment il convient de panser un vésicatoire pour le faire suppurer, pour le guérir ; sous quelles influences se développent ces fausses membranes qui s'épaississent en feuilles nombreuses à la surface des plaies, comment on les fait disparaître ; comment on rend un vésicatoire moins douloureux, moins irritant ; comment on en règle, on en active la suppuration, etc., etc., et tant d'autres choses sur lesquelles nous sommes interrogés tous les jours par nos malades, et auxquelles nous répondons par des sottises, pour ne rien dire de pis. Et pourtant voici longtemps que je m'en occupe et que j'y applique mon attention.

Nos savants sont moins embarrassés que vous et moi, ils ne l'ont jamais appris, ils le savent pourtant ; et moi qui essaie de l'apprendre et qui dois l'enseigner, j'aurai bien de la peine à y parvenir.

Pour aujourd'hui, je ne parlerai avec vous que du mode de préparation et d'application des vésicatoires.

Dabord je m'occuperai des *vésicants*, c'est-à-dire des agents capables de produire la vésication ; plus tard, des *vésicatoires*, c'est-à-dire des plaies produites par les *vésicants*.

Les épispastiques sont bien nombreux ; votre élève Leclerc (1), en a indiqué le plus grand nombre ; mais, pour produire la vésication, on n'emploie plus guère que les

(1) Leclerc. Essai sur les cantharides. *Journ. des conn. méd.-chir.*, tom. 3, septembre 1835.

cantharides, l'ammoniaque, le calorique. — Le garou, préconisé jadis, n'est plus en honneur aujourd'hui, et n'est employé que pour entretenir la suppuration des vésicatoires.

Vous avez été frappé avant moi, mon cher maître, de la singulière diversité des emplâtres, pommades, taffetas, papiers, etc., etc., brevetés ou non brevetés, et employés pour produire la vésication; et je me rappelle que c'était pour vous une occasion de nous dire, dans vos leçons cliniques, combien il était simple de préparer les vésicatoires, sans tout cet attirail pharmaceutique, et de manière à avoir des effets constants et toujours comparables.

Vous nous faisiez préparer les vésicatoires de la manière suivante : Dans un flacon à très-large tubulure, ou même dans un pot de pharmacie tout simplement, on mettait de la poudre de cantharides et de l'huile, de manière à donner au mélange la consistance d'un électuaire. Cette masse était, sans autre préparation, abandonnée dans l'appareil des pansements, et nous servait exclusivement à appliquer les vésicatoires.

Nous prenions une feuille de papier dans laquelle nous avions taillé une ouverture de la grandeur et de la forme que nous voulions donner au vésicatoire, cette feuille de papier était collée sur un morceau de sparadrap adhésif, puis, avec une spatule, on étendait dans le cercle circonscrit par la feuille de papier, une lèchée du mélange épispastique, dont l'épaisseur ne devait pas dépasser un ou deux millimètres; on enlevait alors la feuille de papier, et de cette manière la pommade restait sur le sparadrap sans bavures et nettement circonscrite.

Il ne restait plus qu'à appliquer l'emplâtre, qui n'avait souvent pas besoin d'être maintenu, si le sparadrap était suffisamment agglutinatif.

Ce vésicatoire prenait avec bien plus de rapidité que tous ceux que l'on prépare dans les officines sous le nom de *vésicatoires anglais, vésicatoires par incorporation*; mais, comme les cantharides n'étaient pas liées par un peu de cire ou de poix, la masse s'écaillait, et tombait souvent dans les pièces d'appareil.

Pour parer à ce très-léger inconvénient, après avoir préparé le vésicatoire suivant le mode que j'indiquais tout à l'heure, vous recouvriez les cantharides d'un morceau de papier brouillard qui les débordait un peu et qui se collait lui-même au sparadrap. L'huile saturée de cantharidine traversait le papier brouillard, était alors en contact avec la peau, et ces vésicatoires joignaient à une extrême activité, une propreté bien désirable.

Je n'hésite pas, mon cher maître, à placer ces vésicatoires au-dessus de tous ceux que l'on a imaginés jusqu'ici; rapidité de la préparation, puissance d'action, propreté, ils réunissent tous les avantages.

C'est là le vésicatoire que Velpeau et moi avons importé de l'hôpital de Tours dans nos hôpitaux de Paris sous le nom de *vésicatoire Bretonneau.*

Par une fatalité singulière, ces pauvres vésicatoires ont trouvé un ennemi dans un de nos collègues de la Faculté. Vous aviez dit et nous avions dit que le vésicatoire préparé suivant vos prescriptions causait moins d'accidents du côté de la vessie; mais le professeur auquel je fais allusion, avec cette bienveillance généreuse qui lui fait adopter volontiers ce qui n'est pas exclusivement de lui ou de ses amis, trouva qu'ayant appliqué une fois un *vésicatoire Bretonneau*, il avait *précisément cette fois* déterminé du ténesme vésical, tandis qu'il n'avait pas à se plaindre des autres vésicatoires qui, *comme on sait, ne causent jamais de ténesme vésical.*

Ce fut un arrêt de mort pour notre vésicatoire.

L'habile expérimentateur dont je parle, qui pourtant se pique d'observer et de compter, ne s'était pas donné la peine de réfléchir à ce seul point, savoir, que lorsqu'un vésicatoire soulève très-vite l'épiderme, et que, sous l'appareil, la phlyctène se vide, l'huile cantharidée reste longtemps en contact avec le derme dénudé, et il se fait une absorption d'autant plus active de cantharidine. Vous aviez dit, et Velpeau et moi avions répété après vous, que l'on produisait une vésication sans accidents vésicaux, tandis qu'avec les autres vésicatoires on évitait moins souvent cet accident; et la raison en est bien simple : on laisse les vésicatoires ordinaires en contact avec la peau pendant vingt ou vingt-quatre heures, pour produire une vésication bien complète; il est naturel que l'absorption de la cantharidine se puisse faire pendant un temps aussi long; nous, au contraire, nous ne laissons votre vésicatoire que huit et dix heures au plus; par conséquent nous avons beaucoup moins de chances d'absorption. — Mais, je le répète, si l'on laisse vingt-quatre heures appliqué votre vésicatoire, il donnera lieu à plus d'accidents, précisément parce qu'il aura plus vite soulevé l'épiderme.

C'en est assez sur ce point, mon cher maître, vous n'espérez sans doute pas rendre bienveillant le collègue dont je parle, car vous avez le tort d'être ingénieux et guérisseur. J'en reviens à nos vésicatoires.

Je m'en tenais à votre vésicatoire comme au meilleur que j'eusse encore employé; mais un pharmacien de mes amis et de mes voisins, M. Johnson, me mit sur la voie d'une préparation qui a sur votre procédé toute la supériorité que vous aviez sur les autres.

J'avais reconnu que les vésicatoires que mes malades prenaient chez M. Johnson avaient une activité beaucoup plus grande que ceux que me donnaient les pharmaciens les plus justement accrédités de Paris, et comme, en définitive, il n'avait pas d'autres ni de meilleures cantharides que ses collègues, il fallait bien qu'il y eût dans sa préparation ce qu'en terme de métier on appelle un *tour de main;* il me dit

alors avec franchise qu'il préparait ses vésicatoires suivant la formule du nouveau Codex pour le vésicatoire anglais.

Prenez : Emplâtre de ciré.
Graisse de porc.
Cantharides en poudre fine.
de chaque 125 grammes (4 onces).

Faites liquéfier l'emplâtre et la graisse, ajoutez la poudre de cantharides, et remuez jusqu'à refroidissement. (Codex 587.)

Quand il avait fait un vésicatoire, il l'enduisait d'une légère couche d'*huile de cantharides par l'éther*.

Cette huile est celle qui sert à la confection du taffetas vésicant ; elle se prépare de la manière suivante, selon le nouveau Codex.

Poudre de canthar. 100 gram. (2 liv.).
Éther sulfurique. Quantité suffis.

faites une teinture éthérée de cantharides par lixiviation (dans un appareil à déplacement), distillez cette teinture pour en retirer l'éther, vous obtiendrez une huile verte, épaisse et très-vésicante. (Codex, 602.)

Comme je savais d'ailleurs que la surface du vésicatoire en contact avec la peau exerçait seule son action, je résolus d'essayer si l'huile de cantharides par l'éther, que j'appellerai, pour abréger, *l'extrait éthéré de cantharides*, aurait seule assez d'activité pour produire une vésication.

Je fis préparer de l'extrait éthéré par MM. Johnson et Barruel, pharmaciens à Paris, et par M. Soubeiran, pharmacien en chef de la pharmacie centrale des hôpitaux. L'essai des extraits préparés par les premiers dut être tenté dans ma pratique civile, celui de la pharmacie centrale le fut dans mon hôpital.

Je taillai un morceau de papier brouillard (tel que celui dont se servent les femmes pour leurs papillotes) de la forme et de la grandeur du vésicatoire que je voulais établir. Je le collai sur une feuille de diachylon, puis j'y versai quelques gouttes d'extrait, de manière à l'imbiber légèrement, sans toutefois que l'expression pût en faire sortir une seule gouttelette. Le sparadrap fut ainsi collé sur la peau et j'eus la satisfaction de voir le succès dépasser mon attente. Au bout de deux heures, le malade ressentit une légère chaleur, et, sept heures après l'application, l'épiderme était soulevé.

Vous n'attendez pas de moi, mon cher maître, que je raconte ici, l'histoire de tous les malades auxquels j'ai appliqué des vésicatoires avec l'extrait éthéré de cantharides ; il me suffira, je pense, de vous rappeler sommairement ce qui concerne les douze premiers.

Extrait éthéré de cantharide.

SUJETS DE L'EXPÉRIENCE.	AGES.	SEXE.	SIÈGE.	TEMPS.
Elève en pharmacie	15	H.	bras	7heures
Elève en pharmacie	17	H.	bras	8
Sciatique.	48	H.	cuisse	6
Asthme.	60	H.	thorax	8
Pneumonie.	12	F.	thorax	6
Pleurésie.	44	H.	bras	10
Pleurésie.	30	H.	thorax	12
Pleurésie.	35	H.	thorax	10
Même malade. . . .	Id	H.	thorax	8
Hydropéricarde. . .	45	H.	thorax	10
Pleurésie.	30	H.	thorax	10
Pneumonie.	40	F.	thorax	9

Vous voyez par ce tableau, mon cher maître, que la moyenne est à peu près de huit heures et demie.

Il serait juste pourtant de dire que cette moyenne serait tout autre si je n'avais écarté de ce tableau un homme atteint de péritonite tuberculeuse qui avait la peau sèche et terreuse, et chez qui, plusieurs fois, le nouveau vésicatoire ne prit qu'après vingt-quatre heures ; mais ce malade était dans des conditions tellement exceptionnelles, qu'en vérité j'ai dû ne le pas compter. Il permit d'ailleurs de juger parfaitement la différence d'action des divers vésicatoires, car nous lui appliquâmes en même temps sur le ventre trois vésicatoires faits l'un par la méthode ordinaire, l'autre suivant la manière que vous avez indiquée, le troisième avec l'extrait éthéré. Les deux premiers ne produisirent rien, le dernier seul souleva l'épiderme, mais incomplétement et seulement après vingt-quatre heures.

Puisque j'en suis à comparer nos vésicatoires, je dirai que le vésicatoire avec l'extrait éthéré était de tous le plus énergique ; venait ensuite le *vésicatoire Bretonneau* qui ne lui cédait que peu ; enfin le vésicatoire préparé suivant la méthode ordinaire et même le vésicatoire anglais, qui n'agissaient que plus tard.

Comparons-les entre eux sous le point de vue de la facilité de la préparation. Quand il faut étendre sur de la peau ou sur de la toile une matière emplastique, cette opération demande du temps, surtout en hiver, elle est assez longue, l'emplâtre reste adhérent aux doigts, ce qui est, non pas un inconvénient, mais un désagrément et un ennui. Votre vésicatoire est plus expéditif, plus propre que celui-ci ; mais le mien, vous en conviendrez, l'emporte sur tous par la rapidité, la propreté de sa préparation, et s'il n'avait d'autres avantages, il devrait encore être préféré.

Il a encore un autre avantage, c'est d'être facilement transportable. En effet, j'ai légèrement imbibé d'extrait éthéré de cantharides une feuille de papier brouillard, que j'ai conservée dans l'appareil à pansement de l'hôpital, à l'air libre, pendant quinze jours. Ce temps expiré, je l'ai examiné ; on voyait à sa surface de petites aiguilles soyeuses de cantharidine.

J'ai appliqué un vésicatoire taillé dans cette feuille, il a pris au bout de huit heures. Vous conviendrez aisément, mon cher maître, que pour nos confrères qui pratiquent dans les campagnes et qui sont obligés de porter les médicaments avec eux, il sera singulièrement commode d'avoir dans un portefeuille, et sous enveloppe, une grande feuille de papier brouillard cantharidé, dans laquelle on taillera des vésicatoires aussi larges qu'on le pourra désirer.

Il est enfin une dernière considération, c'est que les vésicatoires faits avec l'extrait éthéré ne coûtent pas plus, et doivent même coûter moins que les autres, tant est petite la quantité d'extrait nécessaire pour faire un vésicatoire.

La rapidité extrême avec laquelle se préparent ces vésicatoires, les a fait immédiatement adopter par les élèves de mon service d'hôpital, et aujourd'hui ils murmurent presque lorsque l'extrait vient à manquer et qu'ils sont obligés de revenir aux anciennes préparations.

Quand mes essais ont été faits, j'en ai parlé à beaucoup de mes collègues ; il en est qui n'adopteront jamais cette méthode, parce que je ne leur ai pas dit qu'elle venait d'outre-Rhin ou d'outre-Manche ; mais beaucoup d'autres, qui pardonnent à un confrère de petites innovations utiles, se sont empressés d'essayer ces vésicatoires. — De ce nombre, je citerai mon collègue M. Bouillaud, qui accueille plus hospitalièrement les idées des autres, si peu importantes qu'elles soient, que ses confrères n'acceptent les beaux travaux qu'il a faits sur l'étiologie des maladies du cœur. Il a introduit dans sa clinique à l'hôpital de la Charité, ces vésicatoires, et aujourd'hui il n'en emploie plus d'autres. Le professeur Bérard, à l'hôpital Saint-Antoine, a fait de même, et l'usage s'en généralise, car la pharmacie centrale a reçu des demandes d'extrait éthéré de la plupart des hôpitaux de Paris.

L'extrait, comme dit le Codex, est vert, et de la consistance de l'huile d'olives à une température de 10 à 20 cent. Il laisse déposer une matière de consistance butireuse et d'une couleur verte. Ce dépôt, qui contient beaucoup de cantharidine, est d'une activité excessive ; nous en avons appliqué sur la peau, et il en est résulté une plaie douloureuse, difficile à guérir, et à la surface de laquelle le derme s'enflamma vivement. Ce dépôt est soluble dans l'huile, et cette huile devient alors un vésicant énergique (ce que d'ailleurs vous aviez implicitement indiqué dans la thèse de Leclerc (page 88, *Journ. des Conn. Méd.-Chir.* tom. 3.)

L'extrait éthéré renferme et résume en quelque sorte tous les principes actifs de la poudre des cantharides ; il peut donc, jusqu'à un certain point pourtant, être considéré comme un agent identique à lui-même, ce qui permet de le faire entrer dans des préparations pharmaceutiques, à des doses déterminées, de manière à avoir toujours des produits comparables. Ainsi, il serait peut-être utile de faire la teinture de cantharides avec de l'alcool dans lequel on ferait dissoudre une quantité déterminée d'extrait, comme on fait pour l'iode, le musc, etc., etc., etc. De cette manière, quand on donne à l'intérieur la teinture de cantharides, on ne serait pas exposé à ces accidents et à ces mécomptes qui tiennent à l'incertitude de la préparation ordinaire, préparation qui peut varier en raison de la qualité des insectes employés.

Je laisse aux pharmaciens, qui sont à cet égard beaucoup plus compétents que moi, le soin de décider cette question ou d'autres qui pourraient s'y rattacher ; mais j'ai déjà de mon côté ébauché quelques essais que je les engage à répéter.

J'ai fait préparer à l'hôpital Saint-Antoine et dans la pharmacie de MM. Johnson et Barruel, pour le pansement des vésicatoires, des papiers de différentes épaisseurs, et que j'ai fait enduire de cire, dans les proportions de 1/10, 1/15, 1/20, 1/25 d'extrait de cantharide, pour une partie de cire jaune. Comme les proportions que j'ai indiquées sont nettement déterminées, il en résulte que l'on a des papiers à pansements de divers numéros. Cette préparation, extrêmement économique, est de beaucoup préférable aux diverses pommades épispastiques. Dans une prochaine lettre, quand je vous parlerai du mode de pansement des vésicatoires, je vous dirai ce que j'ai fait à ce sujet.

Je comptais bien, mon cher maître, vous entretenir encore des autres moyens à l'aide desquels nous produisons la vésication ; mais je me suis laissé aller à causer avec vous, et je sens qu'il faut remettre cela au prochain courrier.

Je vous embrasse avec affection,

A. Trousseau,

professseur de thérapeutique à la faculté de médecine de Paris.

Paris, 15 septembre 1839.

II. Education des idiots.

L'esprit humain est ainsi fait, qu'après avoir, durant des siècles, abandonné aux ténèbres de l'ignorance les malheureux que la Providence frappe de quelqu'une de ces plaies fatalement dites incurables, il s'est pris depuis quelque temps à croire qu'il pourrait corriger toutes ces infirmités. En peu de temps la cécité, le mutisme, ayant pour cause la surdité, la folie même, ces gigantesques barrières qui séparaient tant d'hommes de leurs semblables, ont été franchies, et le séquestre où ces pauvres créatures étaient tenues, levé par le génie de la science moderne. Aujourd'hui faites participer la majeure partie des idiots aux bienfaits de la doctrine créée par M. Itard, à propos du sauvage de l'Aveyron, appliquée et complétée par M. E. Séguin, son élève, et vous verrez des enfants stupides recevoir, par les soins de ce dernier le don de la parole avec les facultés du cœu

et de l'esprit qui constituent l'homme social.

L'idiotisme, expression vague sous laquelle on désigne communément l'absence de quelques facultés intellectuelles dans un individu, a été d'abord posé comme un fait beaucoup plus général par M. Séguin, qui, du haut d'une théorie anthropologique, toute neuve et complète, appuyé sur l'expérience des faits qu'il a été appelé à étudier, a constaté :

1° Que l'absence, ou plutôt la dépression des facultés mentales chez ce jeune sujet, correspondait nécessairement à des exceptions physiologiques, qui pouvaient être pour la plupart combattues par l'hygène et la gymnastique appliquées d'une façon spéciale et énergique;

2° Que ces deux anomalies correspondaient également à une troisième qui a sa source dans l'ordre moral et supérieur, à savoir, l'absence de spontanéité.

Aux yeux de l'auteur, ces trois cas, dont le premier, ou tout au plus les deux premiers, ont attiré une attention superficielle et exclusive jusqu'à lui, ces trois cas n'en font qu'un ou sont *connexes*, et ne sauraient être jugés séparément. Ces conséquences, nous les posons en première ligne, sauf à les prouver ensuite dans l'exposé que nous allons faire des recherches auxquelles s'est livré M. Séguin.

Il a considéré l'individu humain sous toutes ses faces, commençant par étudier ses aspects les plus élémentaires, et s'élevant par degrés aux points de vue les plus complexes et les plus généraux, et pour donner une idée de l'étendue du travail auquel il a dû se livrer, je vais parcourir l'échelle des facultés humaines, telle qu'il l'a dressée, pour ainsi dire, le long de l'être brut qu'il veut animer de la vie commune.

Notions personnelles.—1° *Mouvement*. Le caractère qui différencie le plus les animaux et l'homme par conséquent, du reste de la création, c'est le mouvement, qui a sa source dans l'organisme même de l'individu; mouvement que l'on peut caractériser comme les Latins, *proprio motu*. L'idiotisme frappe généralement cette faculté de certaines infirmités qui peuvent se ranger en deux classes principales, selon les caractères qu'elles revêtent. Les unes sont dues à la surexcitation du système nerveux, les autres à son affaissement; leurs caractères sont une pétulance désordonnée, ou une indolence que les besoins les plus pressants ne surmontent guère. L'une et l'autre sont fréquemment accompagnées de pleurs, de cris, de rires, de sueurs que rien ne semble pouvoir arrêter, et que l'on estime même, dans l'état d'abandon où les sujets sont généralement relégués, devoir produire à la longue des crises salutaires. Sans nous expliquer sur ces derniers symptômes qui réclament une étude et des moyens variés, souvent tout personnels aux individus, nous pouvons dire que les premiers sont habilement combattus par leurs contraires; à savoir, des excercices fort simples d'abord, qui se compliquent bientôt, et finissent par développer le sentiment du *moi*, et les notions de l'immobilité et du mouvement. Quand l'individu est appris à des poses ou à des évolutions régulières ou à peu près, car la perfection dans ceci est souvent fort longue à atteindre; mais du moins quand on a tiré l'être de son apathique immobilité, ou qu'on l'a ramené à une mobilité plus tranquille, on a déjà beaucoup fait pour le préparer à des études plus intellectuelles.

Ici souvent une infirmité incidente élève encore un obstacle bien difficile à surmonter; et cet obstacle est dans les sens, et d'ordinaire dans celui qui nous met, sinon le plus directement, du moins le plus rapidement et le plus généralement en contact avec le monde extérieur, je veux parler du regard.

2° *Les sens*.—Il ne s'agit point ici, comme on pourrait croire, que des yeux obliques qui louchent, mais de ceux qui glissent incertains sur tous les objets, sans s'arrêter à aucun, ou se fixent stupidement, sans voir ce qu'ils semblent regarder le plus attentivement. Cette infirmité est des plus graves, parce qu'elle atteint un des intermédiaires les plus actifs du *moi* et du *non-moi*. Dans les deux cas signalés on procède par voie d'isolement à des expériences de précision; on dirige le regard sur un ou plusieurs objets successivement, à l'aide de toutes les ressources du commandement et de la mimique; le regard commande aussi le regard; et comme dernière ressource, la chambre obscure est un moyen héroïque.

Sans être sourds, les sujets peuvent présenter, sous le rapport de l'ouïe, des anomalies étranges; ainsi, entendre les sons produits par les choses que l'on mange ou qui flattent leur goût, et ne témoigner ressentir aucune perception des sons produits par les objets qui leur sont indifférents; ainsi, entendre la chute d'une noix, et non pas celle d'un gros meuble : toutes ces exceptions peuvent être heureusement combattues.

Les dépravations du goût, de l'odorat, du toucher, cette dernière offrant entre toutes une étude curieuse, sont soumises à un régime qui rend à ces sens toute leur précision, mais dont le développement n'est pas rigoureusement assigné chez tous les sujets du moment où les deux sens les plus généraux, le regard et l'ouïe, doivent être ramenés à leur état normal, sous peine, pour le professeur, de manquer de point de contact avec son élève.

Quand donc les deux sens principaux sont ramenés à leur destination naturelle et précise, et, dans certains cas, lorsque l'on a obtenu le même résultat pour les trois autres, on peut commencer à mettre sérieusement l'individu en contact avec les phénomènes extérieurs.

Notions physiques. — Ce qu'il importe de distinguer dans le monde physique qui se compose de corps, ce sont les substances, les formes, les dimensions, les couleurs, et ensuite les noms. La notion des substances s'ob-

tient jusqu'à un certain point par la perception de l'odeur, de la saveur ou de la densité.

Celle des formes s'acquiert par la comparaison des parties relatives d'un même corps, et de deux ou de plusieurs corps entre eux.

La notion des dimensions par la comparaison de corps homogènes, en partant des extrémités de l'échelle métrique et en rapprochant, puis multipliant le nombre des objets de comparaison.

Celle des couleurs s'établit par des analogies et des différences.

Enfin, la nomination des choses s'acquiert souvent concurremment avec les précédentes notions; mais dans quelques cas, elle est reculée jusqu'à son rang logique dans l'ordre du développement intellectuel.

Imitation. — Quelques philosophes ont avancé que l'imitation était la faculté souveraine du genre humain, et que l'éducation n'était que le résultat de l'exercice de cette faculté. Cette thèse, qui raie d'un trait l'invention et la spontanéité, n'est point celle de M. Séguin; mais pourtant sa théorie accorde une grande importance à l'imitation dans la première période dont je m'occupe et qui a principalement pour objet la régénération des fonctions physiques de l'individu. C'est ainsi que les mouvements du corps sont généralement commandés par voie d'imitation; de plus, la manière de se vêtir et de manger ne saurait guère être enseignée différemment. Par l'imitation on initie en outre l'enfant aux exercices qui peuvent lui donner le plus de force ou d'adresse. La manœuvre du rabot, de la brouette, de la bêche, du râteau, de la pioche, instruments proportionnés à son âge; la gymnastique dans les limites tracées par l'auteur, et quelques autres exercices qu'il ne m'a pas été permis d'observer, et qui développent l'instinct des combinaisons matérielles, de la construction, etc.: tels sont les travaux dans lesquels l'imitation joue le rôle le plus important. Elle reviendra encore dans la seconde partie au secours de la parole; mais ce n'est pas ici le lieu de développer cette idée.

Intelligence. — L'intelligence se manifeste principalement par la parole, la lecture et l'écriture.

La parole est une hypothèse à l'aide de laquelle celui qui s'en sert reproduit dans l'esprit des autres les faits ou les idées qui occupent le sien.

En un mot, c'est un signe représentatif des idées et des sentiments.

La lecture et l'écriture sont deux moyens corrélatifs de transmettre ou de recevoir à distance les sentiments et les idées.

Mais dans le plus grand nombre des sujets frappés d'idiotisme, la parole, la lecture et l'écriture, ces trois facultés essentiellement spirituelles de l'homme, n'existent pas; et ce serait une pétition de faits que de demander à ces élèves les ressources d'intelligence que ces facultés supposent. Ces facultés supposent, en effet, la conscience, sinon la notion bien nette de la relation des figures avec les objets qu'ils représentent; de là consonnance des sons avec la figure matérielle des lettres, et des mots écrits ou prononcés avec les choses ou les actions.

Pour développer l'intelligence des idiots jusqu'au point où ils sont susceptibles d'apprendre à lire, écrire et parler, il faut remonter beaucoup plus haut dans l'échelle des facultés. Partant des formules les plus sensibles ou les plus sensuelles que puisse revêtir l'intelligence, il faut littéralement chercher l'homme dans la brute, et c'est là que commence une série de procédés aussi simples par leur nature que surprenants dans leurs résultats; mais l'auteur pourrait seul dire par quelles transitions insaisissables il est arrivé à discerner le côté intelligent d'un instinct animal; par quel creuset il a fait passer ce minerai grossier pour en extraire le métal pur, et comment, par l'alliage de tous ces éléments qui ont revêtu sous sa main l'apparence de discernement, de mémoire, de comparaison, de jugement, d'imitation, d'invention même, il a restitué dans son unité vivante ce beau tout qu'on appelle un homme intelligent.

Cette comparaison, exactement vraie sous le rapport rationnel, semblerait vicieuse en ce sens que le sujet rendu à l'exercice de ses facultés raisonnables, pèche encore au point où j'en suis arrivé de l'exposé du système, par l'expression, puisqu'il ne saurait exprimer ses idées et ses besoins ni par la parole, ni par l'écriture. Elle serait encore plus vicieuse si l'on comprenait par là que ces facultés sauraient, sans mode d'expression, s'exercer sur un grand nombre d'objets et d'idées; mais ce que j'ai dit est juste en tant que s'appliquant à l'existence et à l'étonnante précision de ses facultés dans le cercle où le petit nombre d'idées acquises jusque-là les renferme. Il ressortirait donc de ce qui précède que chez le plus grand nombre, et peut-être chez tous les individus inculpés d'idiotisme au premier chef, les fonctions intellectuelles s'accomplissent dans une sphère à peu près ignorée jusqu'ici, mais dont il suffirait de connaître la topographie pour prolonger à volonté le rayonnement de l'intelligence et reculer indéfiniment sa circonférence.

Enfin, lorsque le sujet commence à comprendre le rapport des choses les plus simples entre elles, et celui des mots avec les choses qui lui sont familières, on est en demeure de développer concurremment en lui l'attention, la mémoire, l'observation, la comparaison et le jugement. Car toutes ces facultés, fort distinctes en métaphysique, le sont beaucoup moins dans l'individu; et l'on peut dire que ce sont autant de personnalités intellectuelles qui coexistent, coagissent, et ne font qu'un dans ce qu'on nomme l'intelligence. C'est pourquoi bien que chacune d'elles demande souvent une éducation particulière, on ne saurait absolument développer l'une sans réagir favorablement sur toutes les autres.

Lecture mentale. — Ce qu'il importe de savoir ici, c'est que l'alphabet, étude brutale, ennuieuse et vide de notions intellectuelles pour les enfants ordinaires, est devenue pour les idiots (en même temps qu'un moyen rapide de comprendre et de développer les idées) un instrument de précision à l'aide duquel ils observent, se souviennent, comparent et jugent. Par ce procédé, les syllabes et les mots sont lus comme les lettres isolées, les chiffres même, toutefois la théorie du calcul est chose à part.

Mais, dira-t-on, comment lisent-ils, s'ils ne parlent pas ? Entre plusieurs lettres, syllabes ou mots, ils indiquent du doigt, ou extraient du groupe ceux qu'on leur demande, et finissent par former ainsi des phrases par le procédé typographique ; de telle sorte qu'absolument parlant, ils sont susceptibles de recevoir un ordre ou de transmettre un désir. Donc, les noms des lettres, leur valeur relative dans un mot, et la valeur du mot dans la phrase qui exprime l'idée, telles sont les premières hypothèses intellectuelles qui entrent par les transitions que j'ai dites, ou par celles que j'ai omises, dans la tête des idiots.

Images. — Avec l'alphabet, les représentations en relief, en bosse, ou peintes, jouent un rôle important dans l'éducation ; ma s hâtons-nous de dire que la méthode à l'aide de laquelle M. Séguin initie ses élèves à toutes ces conventions, est plus remarquable que les moyens mêmes dont il se sert ; car toutes ces choses font plus ou moins explicitement partie de l'éducation ordinaire.

Lorsque cette double représentation des idées et des choses par la lecture et les images commence à être comprise, on passe à la contrepartie qui est l'exécution des lettres et le dessin.

Dessin, écriture. — C'est par l'imitation, dont j'ai exposé plus haut les premiers éléments, que l'on arrive à l'écriture ; mais par quelle voie détournée en apparence, et droite en réalité ! à ce point que je crois que cette méthode devrait être appliquée à tous les enfants. On a deux tableaux noirs, parallèlement posés de façon à ce que le maître et l'élève puissent également les embrasser du regard tous les deux. Avec de la craie, le maître trace sur le sien une ligne verticale, et la fait reproduire à son élève ; une horizontale ensuite, puis une oblique, puis des courbes ou portions de cercle, enfin un cercle. Mais il ne faut pas croire que cela s'exécute avec la facilité qui semblerait ressortir de ce récit. La verticale seule occupe souvent plusieurs semaines. L'enfant, par exemple, prend d'une main sa craie, la pose au sommet du tableau, affermit sa main droite par l'autre, contracte tout son corps en avant dans le sens du geste qu'il veut exécuter, vous entendrez à des intervalles égaux sortir de sa poitrine des sons analogues à ceux qu'émet un forgeron qui frappe sur une enclume, une sueur épaisse couvre ses deux mains fortement contractées, ruisselle dans la paume, et reste fixée en gouttes grosses comme des têtes d'épingle sur les doigts ; il avance, il descend, et quand en une minute il est parvenu à conduire sa verticale jusqu'au bas du tableau, vous en apercevez à peine le tracé ; il est interrompu sur plusieurs points, presque invisible partout. Voilà l'œuvre réunie de tout l'ascendant moral que vous avez sur le sujet, et de toute l'intelligence combinée avec la force musculaire qu'il a pu mettre au service de l'ordre que vous lui avez donné. Je me trompe fort, ou cet exemple en expliquera beaucoup d'autres sur lesquels je ne saurais m'étendre ; mais de ces exercices graphiques que je ne saurais omettre, celui dont l'invention, au point de vue rationnel, fait le plus d'honeur à M. Séguin est le suivant.

Quand l'enfant commence à tracer avec assez d'assurance, soit d'imitation, soit sur commandement, des lignes droites, verticales, horizontales ou obliques, on cherche à lui faire tracer une courbe, puisque sans courbes il n'y a pas d'écriture possible : Eh bien, on échoue radicalement. La notion précédente de la ligne droite si péniblement acquise vient inévitablement se substituer à la nouvelle ; vous avez beau tracer des courbes devant l'enfant, non, mille fois non, il ne fera pas une ligne courbe. Tracez au contraire une verticale sur chaque tableau, posez la main de l'enfant au sommet de la ligne qu'il a devant lui, et vous-même, partant du même point, figurez sur votre tableau une portion de cercle dont la véritable devient la corde ; la notion de l'espace compris entre les deux lignes au centre, et de leur conjonction aux extrémités, frappe nécessairement l'enfant ; il peut bien, durant quelques jours, tenter de suivre la verticale, ou s'en éloigner durant une quinzaine par lignes brisées ou anguleuses, mais la figure se fixe dans la mémoire de l'enfant, elle acquiert de la précision sous ses doigts. On trace ensuite de l'autre côté de la corde une courbe égale à la première, il l'imite ; effaçant la corde vous avez un rond ou un ovale qu'il exécute d'abord sur son axe vertical, puis seul comme tout le monde.

De là on passe aux figures géométriques les plus simples, puis à la représentation de quelques objets usuels, et les lettres ne sont qu'un jeu.

Parole. — En moins de dix-huit mois, M. Séguin a rendu la parole naturelle et intelligible à un idiot qui n'émettait d'autres sons que des éclats de voix aigus et bondissants comme ceux de certains animaux, voilà le fait.

Sa théorie est aussi incontestable que le fait lui-même, et repose sur une formule que j'extrais d'un rapport qu'il a publié sur ce sujet.

« La parole, fait simple en apparence, est complexe au point de vue de sa production :

elle est le résultat de deux phénomènes distincts, l'émission du son et l'articulation.

« Le son vient des poumons par le larynx, sans autre modification que celle des tons qui n'influent en rien sur l'identité des sons, et n'ont guère de valeur qu'en musique et dans la déclamation.

« Par la musique, on a développé et humanisé la voix que l'enfant émettait par bonds aigus comme certains animaux.

« L'articulation est la modification des sons par divers mouvements des organes de la bouche.

« Et par une observation attentive de ces mouvements internes ou externes, on a obtenu la plupart des articulations dont se compose la langue française. »

En fait, depuis le 15 avril dernier, époque où fut publié ce travail, jusqu'à aujourd'hui, les progrès de parole ont plus que doublé chez le sujet dont il s'agit. En principe, jamais la théorie de la parole n'avait été plus nettement posée; et les moyens de la développer plus simplement tirés de sa nature même et de l'analyse des éléments dont elle se compose.

Spontanéité. — Arrivés où nous en sommes, on s'imagine peut-être qu'il ne reste plus au professeur qu'à se reposer, admirant son propre ouvrage. Rien ne semble plus manquer, en effet, à cet être dont on a organisé et régularisé toutes les fonctions physiques et intellectuelles; et pourtant il y manque une chose, celle que Condillac ne pouvait pas donner à sa statue, celle qui manque aux individus développés sur les bases de la philosophie du XVIIIe siècle; il manquera tout simplement le principe *spontané* sans lequel l'homme n'est qu'une machine dont le centre est partout où se trouve un objet qui sollicite ses appétits; il manquera la volonté, axe de l'être qui pense et se meut, principe qui ne relève que de Dieu, et communique au corps et à l'esprit le souffle de vie loin duquel l'action est sans œuvre, l'intelligence sans logique, l'existence sans but et sans résultat.

Toute cette partie de l'éducation des idiots étant neuve et appartenant en propre à M. Séguin, je ne me crois pas le droit de l'exposer plus au long qu'il ne l'a fait lui-même dans le passage suivant d'un de ses travaux imprimés.

« L'éducation, qui ne s'était produite jusqu'ici que sous la forme du commandement, doit revêtir désormais le caractère de l'observation; attitude passive qu'interrompra rarement une direction occulte et une autorité imperceptible.

« Dans cette période, tout ce qui allait au-devant des besoins et des désirs de l'enfant doit être mis à distance, et faire comme un cercle, dont le centre serait vide autour de lui. Lui au milieu, il ne pourra atteindre la circonférence que par le rayonnement spontané de sa volonté vers les objets circonposés qu'il convoite. »

Telle est, en résumé, cette méthode que j'ai dû tronquer dans cette analyse pour deux raisons que l'on appréciera, je l'espère, l'une toute morale, ressort de la nature de la propriété intellectuelle, que la presse n'a pas plus que personne le droit de s'approprier sans l'aveu de l'auteur; l'autre tient au genre de publicité que j'ai cru le plus propre à faire connaître, ne fût-ce que sommairement, une découverte utile et honorable.

Victor Morpurgo, D.-M.

III. De la dilatation brusquée du canal de l'urètre.

Surpris de ne voir mentionner dans les ouvrages les plus récents, et notamment dans les *Nouveaux éléments de la Chirurgie*, qu'a publiés l'an dernier, M. Bégin, la dilatation du canal de l'urètre, que telle qu'elle était pratiquée autrefois; surpris surtout du jugement défavorable que M. Civiale a porté, soit dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, (t. XII, pag. 206), soit dans ses propres ouvrages, sur les modifications que la dilatation de ce canal a subies depuis quelques années, et ayant eu moi-même occasion d'ajouter de nouvelles modifications à celles que je viens d'indiquer, je crois devoir venger la nouvelle méthode de la dilatation urétrale et du silence de M. Bégin et du blâme de M. Civiale, par la publication de faits qui démontrent son efficacité.

Consulté au mois de décembre 1837, par M. G...., capitaine au corps royal du génie, qui portait depuis plusieurs années, un retrécissement urétral, déjà traité par la dilatation ordinaire et par la cautérisation, je lui proposai l'emploi de la dilatation brusque et rapide; mais il s'y refusa parce que son canal était extrêmement irritable, et que récemment encore il avait été très-malade à l'hôpital Saint-Eloi, pour avoir gardé, pendant deux jours, une sonde à demeure dans la vessie. Sur ces observations, je cédai au désir que me témoigna le capitaine G...., d'être soumis à une cautérisation prudente et ménagée; et commençant par le n° 4, du jeu des sondes à cautériser du professeur Lallemand, je m'arrêtai au n° 6, celui-ci ne pouvant pas être dépassé sans violence. Aussi, dix cautérisations faites à trois jours d'intervalle l'une de l'autre, ne donnèrent-elles qu'un résultat peu satisfaisant.

Pressé d'être guéri, parce qu'il venait d'être désigné pour aller en Afrique, ce brave officier surmonte la répugnance qu'il ressentait pour la méthode que je lui avais d'abord proposée, et son zèle pour le service le décida à s'exposer de rechef aux souffrances qu'il avait déja éprouvées toutes les fois qu'il avait gardé une sonde à demeure; mais me croyant obligé, par état, à mieux veiller que lui-même aux intérêts de sa santé, je n'acceptai son dévouement, qu'après avoir réfléchi au moyen de le lui rendre profitable.

Le col de la vessie étant généralement beaucoup plus irritable que le canal de l'urètre,

et le rétrécissement du capitaine G...., n'étant situé que depuis un pouce et demi du méat-urinaire jusqu'à deux pouces et un quart, je pensai qu'il n'était pas indispensable de porter les instruments de la dilatation jusque dans la vessie, et j'espérai, par cette attention, éviter la réaction générale dont était ordinairement suivi chez lui le séjour des sondes ou bougies dans la cavité vésicale. Ayant donc introduit, le 24 janvier 1838, à huit heures du matin, une bougie n° 5 dans le canal de l'urètre, et l'ayant poussée jusqu'à quatre pouces dans le canal, je la coupai à un pouce en dehors du méat urinaire et la fixai autour du gland. A dix heures, après m'être assuré, par des mouvements de *va et vient*, que la bougie déjà en place avait du jeu, je lui en substituai une autre du n° 6, qui à son tour, fut remplacée à midi par une bougie du n° 7; à trois heures de l'après-midi, j'introduisis le n° 8 et à neuf heures du soir, le n° 9. Trois crêmes de riz et une pinte d'émulsion avaient constitué le régime de la journée; la fièvre fut nulle; la nuit suivante, durant laquelle le n° 9 était en place, fut si bonne, que le capitaine ne voulut plus s'astreindre à rester au lit, comme je lui avais fait faire la veille. Ainsi donc, ce fut assis dans son fauteuil, lisant et écrivant auprès de son feu, qu'il garda le 25 janvier, une bougie du n° 10, depuis huit heures du matin jusqu'à midi, et le n° 11 depuis midi jusqu'à neuf heures du soir. La verge était alors sensiblement tuméfiée et un peu douloureuse, mais le pouls était sans fièvre, et le malade me pria de lui introduire encore le n° 12: il paya, il est vrai, cette satisfaction au prix de quelques érections qui le tinrent éveillé une partie de la nuit et lui procurèrent un peu d'agitation; mais un bain général, de deux heures, qu'il prit dans sa chambre après ma visite du matin, et un second de pareille durée, qu'il prit le 27, lui permirent d'assister à une revue qui eut lieu ce jour-là.

Or, en présence d'un fait pareil, n'ai-je pas droit d'être surpris, que M. Civiale ait avancé que: « la dilatation brusque et rapide des points rétrécis entraîne *certainement* des dangers, et qu'une telle pratique est tout aussi peu rationnelle que les ..... les injections forcées et surtout les scarifications? » Ma plume se refuse à tracer le mot *cautérisation*, que j'ai remplacé à dessein par des points, tant j'ai de peine à comprendre que M. Civiale range la méthode que représente ce mot parmi les pratiques irrationnelles! Je ne nie pas que dans quelques salles de l'Hôtel-Dieu de Paris, sans doute où cette pratique a été essayée, les malades aient déserté, et que l'un d'eux, vieux soldat qui avait appris à souffrir, se soit écrié: « plutôt la mort que les sondes. » Mais ce que j'ai vu me parle plus haut que ce dont je n'ai pas été le témoin, et à l'effroi des malades qu'invoque M. Civiale, j'oppose la soumission et la confiance de tous ceux qui accourent à Montpellier dans les salles du professeur Lallemand.

Quel fut le succès de la dilatation brusque et rapide chez mon malade, c'est ce que l'on va voir:

Le 27, après la revue à laquelle avait assisté, sans m'en prévenir, le capitaine G..., le canal de l'urètre ne put recevoir qu'une sonde du n° 8; encore même était-ce avec quelques douleurs; mais ayant été introduite, le lendemain et les jours suivants, par le malade lui-même, qui avait soin de ne la porter qu'à quatre pouces dans le canal et, de ne la garder qu'une heure à peu près, elle put être remplacée, le 3 février, par une sonde du n° 9. Voulant alors consolider la guérison qui n'avait été que momentanée chez le capitaine G....., je dirigeai sur l'ancien siége de la coarctation urétrale, la cuvette d'une sonde d'argent, de même volume que la dernière en caoutchouc, qui servait à la dilatation, et je fis une légère cautérisation. Le résultat répondit à mon attente: après la chute de l'escarre, des sondes des n° 10 et 11 purent être introduites. Le capitaine G..... partit au commencement de mars pour l'Afrique, d'où il m'a fait savoir dernièrement, par un chirurgien militaire qui est venu à Montpellier se faire recevoir docteur en médecine, que sa guérison ne s'était nullement démentie et qu'il passe aisément, une fois par mois, un cathéter en étain du n° 10.

CHRÉTIEN, D.-M.

IV. Nouvelles recherches sur le ligament rond ou interarticulaire de l'articulation coxo-fémorale.

Le ligament rond ou interarticulaire s'attache au-dessous de la partie moyenne de la tête du fémur, et se porte par deux bandelettes distinctes aux deux bords de la grande échancrure de la cavité cotyloïde en se confondant avec le bourrelet cotyloïdien.

Lorsque les parties osseuses sont en rapport, que la tête du fémur est dans la cavité cotyloïde, on ne voit à l'extérieur aucun vestige du ligament rond, et il est impossible d'en apprécier ni les rapports, ni les usages. Ce ligament est entièrement dans la cavité cotyloïde. Il paraît inférieurement au niveau de la grande échancrure cotyloïdienne, va de bas en haut et de dehors en dedans, s'enroule autour de la partie inférieure de la tête, et là il est placé, non pas immédiatement entre la cavité et la tête articulaire, mais entre le paquet graisseux, situé à la moitié inférieure de la cavité (arrière-fond), et la tête du fémur; si bien que, comme il est facile de le prouver en pratiquant une coupe verticale sur la cavité cotyloïde, ce tissu sert de coussin pour ainsi dire au ligament interarticulaire.

On n'a point encore démontré d'une manière satisfaisante quels sont les usages du ligament rond; cela dépend 1° de ce qu'on n'a pas fait l'étude de ce ligament dans les deux articulations à la fois; 2° de ce qu'on n'a pas eu l'i-

dée sans doute de pratiquer des coupes dans chacune des articulations, afin que l'œil pût pénétrer dans les profondeurs des tissus, les parties osseuses étant pourvues de leurs ligaments, et les membres pelviens placés dans leur position naturelle. Qu'on suppose en effet un bassin en place, et les membres abdominaux appuyés sur le sol par leur face plantaire, et qu'en outre on pratique par la pensée une coupe verticale en dehors du tiers moyen de la cavité cotyloïde; voici ce qu'on remarque : la partie supérieure de la tête du fémur au lieu d'être en rapport avec la partie correspondante de la cavité cotyloïde, comme on pourrait le penser, est au contraire distante de la cavité de deux ou trois lignes. Le ligament rond est tendu. D'où il suit que le poids du corps n'est pas transmis directement sur la tête du fémur par le contact de la cavité cotyloïde, mais bien par l'entremise du ligament rond qui agit au-dessous.

Le ligament rond est un ligament suspenseur. Il a pour but de rendre les mouvements, les sauts, les chutes plus souples, plus élastiques, et de prévenir les commotions. Cela est tellement vrai, que par instinct de conservation, soit qu'une chute devienne imminente, soit que nous ayons à résister à un choc extérieur, nous rapprochons vivement les genoux. Hé bien, cet instinct ne nous trompe point : ce mouvement est en effet conservateur; le ligament rond est alors mieux disposé à la résistance. Dans ce léger mouvement d'adduction, ce ligament s'enroule davantage autour de la tête du fémur qui s'abaisse peu à peu, et qui s'éloigne d'autant de la partie supérieure de la cavité cotyloïde où la tête aura tout à l'heure tendance à se porter. De plus, le ligament rond devient plus fort puisque ses points de contact sont plus étendus. C'est presque toujours dans cette disposition anatomique que les accidents surprennent le fémur; aussi l'ensemble de l'articulation est-elle alors aussi en mesure que possible d'exercer la résistance, l'adduction fût-elle plus considérable et la tête du fémur tendît-elle à sortir de sa cavité, et cela, parce que le rebord de la cavité cotyloïde, le ligament cotyloïdien et le ligament capsulaire sont justement plus solides que partout ailleurs au point où la tête devra porter si la violence est considérable, c'est-à-dire en haut et en dehors.

Si les genoux ne sont que rapprochés l'un de l'autre, le ligament rond, dans une chute violente sur les genoux, par exemple (le tronc étant vertical), partage d'abord la quantité du mouvement, et ne permet à la tête d'aller heurter le haut de la cavité qu'après s'être préalablement distendu : il prévient alors une commotion. Si, lorsqu'une violente impulsion qui agirait de bas en haut et dans la direction du fémur, celui-ci se trouve placé dans une adduction forcée, le ligament ne prévient pas alors la commotion, puisque la tête tend à sortir de sa cavité en haut et en dehors; mais il prévient la luxation en concourant avec le bourrelet cotyloïdien et la capsule de l'articulation à maintenir les surfaces articulaires en rapport. Dans ce cas et dans plusieurs autres il s'oppose à la luxation, et la meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que la plupart des luxations ne surviennent qu'autant que le ligament rond se déchire.

Le ligament rond a donc pour usage de suspendre doucement le tronc sur les membres abdominaux, et de prévenir les luxations.

Un professeur d'anatomie qui a eu, je crois, le premier l'idée de regarder le ligament rond comme un ligament suspenseur, M. Thivet, a eu l'ingénieuse idée de le comparer à un ressort de voiture. Il est évident, en effet, que les voitures suspendues sont bien plus douces que les autres, qui, au contraire, font éprouver de violentes secousses. Il en est ainsi jusqu'à un certain point des êtres pourvus de ligament interarticulaire et de ceux en très-petit nombre qui n'en ont pas. Le ligament rond suspend le corps comme sur des liens élastiques, rend la progression plus douce, et atténue les commotions.

Quelques anatomistes ont fait des conjectures; ils ont pensé que peut-être le ligament rond, fût-il dans les meilleurs rapports anatomiques possibles pour se prêter à de tels usages, n'a pas une force suffisante pour supporter en tout ou en partie le poids du corps. Nous avons répondu par des expériences : le squelette étant dans sa position naturelle, et l'articulation coxo-fémorale dépourvue de sa capsule et des autres parties environnantes, nous avons placé dans le bassin des poids équivalant au moins au poids du corps, et le ligament rond ne s'est pas déchiré, et la tête du fémur n'a pas porté sur la partie supérieure de la cavité. On comprendra tout de suite que si ce ligament isolé a la force de supporter un tel poids, à plus forte raison il devra résister lorsque l'articulation sera pourvue de capsule, de tissu graisseux, de liquide, de muscles, qui diminuent le poids par leur présence en se partageant dans des proportions diverses la quantité du mouvement.

En avançant en âge, le ligament interarticulaire se fatigue de supporter le poids du corps : il se distend graduellement, et, dans la vieillesse, il ne joue presque plus aucun rôle; la tête du fémur est dans un rapport immédiat avec la partie supérieure de la cavité cotyloïde. De sorte que les sauts, quelque légers qu'ils soient, la marche même, sont extrêmement brusques; et il en résulte que cette cause, ajoutée à une grande fragilité des os, rend les fractures du col du fémur bien plus fréquentes chez les vieillards que chez les autres individus.

Chez le fœtus le ligament rond est à l'état rudimentaire; mais en revanche le col du fémur n'est pas encore développé.

Chez l'adulte le ligament rond manque complétement à peu près une fois sur cent. D'autres fois ses fibres peu nombreuses ne tiennent qu'à un des bords de l'échancrure cotyloïdienne, ou simplement à un repli de la mem-

brane synoviale, et alors il est trop faible pour jouer entièrement le rôle qui lui est dévolu. Mais ces cas exceptionnels ne détruisent en aucune manière les développements que nous avons donnés sur les usages de ce ligament à l'état de bonne conformation.

Lorsqu'on examine le ligament rond à côté des autres ligaments de l'articulation coxo-fémorale, on est frappé de sa petitesse, et on serait porté à croire avec quelques anatomistes que ce ligament est impropre à remplir d'importantes fonctions. Mais si on exerce des tractions réitérées sur le ligament, lors même qu'il a été détaché des parties osseuses auxquelles il s'insère, on est surpris de sa résistance, et on comprend déjà, quand même on n'aurait pas fait d'autres expériences, que ce ligament interarticulaire peut bien avoir les usages que nous lui avons assignés.

CROUIGNEAU (*de Fronsac*).

V. Essai sur l'hémiplégie faciale chez les enfants nouveau-nés.

Malgré les belles découvertes dont se sont enrichies, de nos jours, la physiologie et la pathologie du système nerveux facial, il est un point sur lequel l'attention n'a pas encore été appelée d'une manière spéciale, et sur lequel les travaux les plus récemment publiés n'ont fourni aucun document : je veux dire la paralysie de la septième paire de nerfs, chez les enfants nouveau-nés, par suite de l'application du forceps.

Soit que les chirurgiens qui s'occupent d'obstétrique, et qui auraient pu étudier cette lésion, n'aient pas eu occasion de l'observer ; soit plutôt qu'un examen inattentif, ou des idées préconçues sur le mécanisme de la paralysie faciale, l'aient fait rapporter, dans la plupart des cas, à une compression de l'encéphale, toujours est-il que cette altération curieuse ne se trouve ni mentionnée ni décrite nulle part, et qu'elle paraît même inconnue à la plupart des pathologistes.

C'est à M. le professeur P. Dubois qu'est due l'observation première de cette maladie, qu'il eut occasion de constater, il y a quelques années, à la Maternité, après un accouchement laborieux terminé par le forceps.

Ce savant praticien, dès les premiers exemples qui s'offrirent à lui, reconnut une paralysie du nerf facial, fait curieux dont il voulait lui-même enrichir la science, si ses nombreuses occupations ne l'en eussent empêché (1).

Sans doute, une fois bien connues les causes qui peuvent interrompre l'influx nerveux, une fois bien déterminées les attributions des différents nerfs de la face, il est facile de résoudre, par de simples indications, tous les problèmes variés relatifs aux altérations organiques ou fonctionnelles dont ils peuvent être le siége ; aussi n'ai-je pas la prétention d'éclairer, par les observations que je présente, un point nouveau de doctrine, mais seulement de compléter, par la description d'un phénomène passé jusqu'ici presque sous silence, l'histoire physiologique des nerfs de la face, et de faire connaître un fait pathologique sur lequel l'attention n'a pas été assez portée jusqu'alors.

Comme la manière la plus logique de procéder en pathologie me paraît être de faire précéder par les faits la description symptomatologique, je pense devoir donner d'abord quatre observations sur des cas variés d'hémiplégie faciale chez les nouveau-nés. La première a été recueillie par moi-même, pendant mon séjour à la Clinique d'accouchements ; la deuxième m'a été donnée par M. Gosselin, interne à l'hôpital de la Pitié ; et les deux autres, par M. le professeur P. Dubois.

J'ai obtenu, en outre, de mes collègues MM. Depoul et Voillemier des renseignements précieux sur plusieurs autres cas qu'ils ont observés à la Maternité et à la Clinique d'accouchements.

OBS. I. — *Hémiplégie faciale chez un enfant nouveau-né, par suite de l'application du forceps. Guérison spontanée en quinze jours.* — La nommée Flamand (Françoise), âgée de vingt ans, enceinte pour la première fois, et n'ayant éprouvé d'autres accidents pendant sa grossesse que quelques nausées au début, de la céphalalgie, des coliques, à de rares intervalles, et des varices à la vulve, fut prise des premières douleurs de l'enfantement, à l'hôpital des cliniques, le 20 mars, à huit heures du soir (époque présumée du terme de la grossesse). Le lendemain, 21 mars, à quatre heures du matin, les membranes s'étant rompues spontanément, on constata une présentation du sommet en position occipito-iliaque droite postérieure ; à six heures du matin, la dilatation du col de l'utérus était complète ; la résistance du périnée, jointe à la diminution des contractions utérines et à l'affaiblissement de la femme, mettait obstacle à l'expulsion du fœtus ; et à neuf heures, c'est à-dire treize heures après le début du travail, M. le professeur Dubois se détermina à employer le forceps. L'enfant, qui fut

---

(1) En attribuant à M. le professeur P. Dubois l'honneur d'avoir indiqué le premier, la véritable nature de l'hémiplégie faciale chez les enfants nouveau-nés, je ne veux pas dire que cette lésion n'ait jamais été signalée avant lui, mais seulement qu'elle n'avait jamais été ni expliquée sous le point de vue physiologique, ni étudiée sous le rapport pathologique.

Les auteurs allemands, et Kilian en particulier, indiquent bien la paralysie de la face au nombre des lésions que peut produire le forceps ; mais ils en connaissent si peu la véritable origine, qu'un jeune chirurgien de Berlin, parfaitement au courant de tous les travaux des Allemands en obstétrique, et avec qui je discutais il y a six mois, en présence de M. P. Dubois, sur un cas d'hémiplégie faciale qui venait de s'offrir à notre observation, n'hésita pas à affirmer que ce phénomène était dû à la compression du cerveau.

extrait sans difficultés, fit d'abord quelques inspirations très-faibles, et séparées par de longs intervalles ; mais ces inspirations devinrent plus larges, plus rapprochées, et furent bientôt suivies par des cris.

Pendant ces cris, la commissure gauche des lèvres est fortement déviée, plus haute, plus éloignée de la ligne moyenne du visage que celle du côté droit; la bouche est oblique de droite à gauche, et de bas en haut; l'œil gauche est entièrement fermé, mais les paupières du côté droit sont largement ouvertes, et complétement immobiles, même pendant les mouvements si variés que produisent les cris de l'enfant. Il semble pendant ces contractions violentes, qu'un côté de la face soit entraîné vers l'autre.

Si les cris cessent, l'accord se rétablit peu à peu entre les deux côtés du visage, mais on aperçoit toujours une légère obliquité de la bouche avec déviation de la commissure, et l'œil droit reste constamment ouvert; s'ils recommencent, la difformité reparaît immédiatement, et elle est portée à un si haut point, et donne à la physionomie de l'enfant une expression si singulière qu'aucun des élèves ne peut l'examiner sans rire.

M. Dubois annonce aussitôt une hémiplégie faciale produite par la compression de la septième paire. Vers le tiers postérieur, et à la partie moyenne du côté droit de la face, on voit une ecchymose rougeâtre, large d'environ quatre millimètres, semi-lunaire, à convexité antérieure, et s'étendant depuis la partie supérieure de l'oreille jusque vers le milieu de la partie latérale droite du cou. L'extrémité supérieure de cette ligne ecchymotique est située à six millimètres environ du pavillon, et sa partie moyenne à vingt-six millimètres du lobule de l'oreille, et à trois centimètres de la commissure labiale.

La sensibilité est complète de chaque côté; si, pendant le repos, on pique faiblement avec une épingle les parties paralysées, l'enfant témoigne aussitôt sa souffrance par des cris

Les ailes du nez sont également dilatées et également mobiles; la langue et la luette, examinées à plusieurs reprises, ne paraissent pas déviées.

Les paupières du côté paralysé se laissent facilement rapprocher, mais elles reprennent leur écartement aussitôt qu'on les abandonne à elles-mêmes; le globe de l'œil et la conjonctive ont leur coloration ordinaire; la pupille a sa sensibilité et sa dilatation normales. Toutes les parties du corps sont, du reste, parfaitement conformées, et en aucun autre point on ne trouve de trace de paralysie.

Le soir, à cinq heures, l'enfant dort d'un sommeil paisible, la déviation des commissures labiales me paraît moins sensible que le matin; l'œil droit est toujours aussi largement ouvert, le gauche est complétement fermé.

On réveille l'enfant, et il boit parfaitement au biberon; la difformité de la bouche reparaît pendant les mouvements de succion; les lèvres ne se ferment qu'incomplétement vers la commissure droite, et laissent écouler la salive.

L'œil gauche, qui jusqu'alors était resté fermé, s'ouvre pendant que l'enfant boit, ce qui diminue beaucoup le désaccord qui régnait entre les deux côtés de la figure.

J'excite pendant un instant les cris de l'enfant, afin de juger de l'état de l'hémiplégie, et aussitôt la déviation reparaît aussi prononcée que le matin.

Le 22, on donne une nourrice à l'enfant; il prend très-bien le sein, et pendant qu'il tette, les deux yeux sont également ouverts; le pouls donne cent vingt pulsations par minute : du reste, même état que la veille au soir.

Le 23, j'examine l'enfant pendant son sommeil; les paupières du côté gauche sont parfaitement closes, celles du côté droit sont largement ouvertes; l'œil est porté en haut et en dehors. Il est impossible de distinguer la moindre différence dans l'état des commissures pendant le repos; mais à la moindre contraction du visage, celle du côté gauche est entraînée de suite en haut et en dehors.

Les 24, 25, 26 mars, pas de changement notable; la déviation, qui se remarque aussitôt que l'enfant crie, paraît diminuer.

Le 27, pendant le sommeil, les paupières du côté droit sont beaucoup moins écartées que les jours précédents; du reste même état. Les jours suivants, l'amélioration continue graduellement, et le 4 avril, jour de la sortie de l'enfant, il ne restait plus, même pendant les contractions les plus violentes, aucune nuance entre les deux côtés du visage.

Obs. II. — *Hémiplégie faciale du côté gauche survenue chez un enfant nouveau-né, après l'application du forceps, et sans trace appréciable de l'action de l'instrument. Guérison au bout de deux mois.* — Madame X..., primipare, et parvenue au terme de sa grossesse, éprouva, dans la matinée du 5 mai 1839, les premières douleurs de l'accouchement, et fit appeler aussitôt M. le docteur Jacquemin. Celui-ci reconnut par le toucher, que la symphyse du pubis descendait très-bas, et qu'ainsi le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur devait être très-étroit : il en conclut que l'accouchement serait long et difficile; la tête, d'ailleurs se présentait en première position, et les douleurs furent intenses toute la journée; le soir, le col était complétement dilaté, la tête engagée dans l'excavation pelvienne.

Toute la nuit les douleurs se prolongèrent, et le lendemain, malgré leur intensité et leur rapprochement, la tête était toujours au même point, et ne franchissait pas le détroit inférieur.

M. Jacquemin se décida donc à appliquer le forceps. Une première fois l'instrument fut appliqué sans succès; la seconde tentative réussit, et nous avons reconnu que l'une des branches du forceps occupait la région temporo-occipitale gauche, et l'autre la région fronto-temporale droite. L'oreille n'a donc pas été comprimée; mais on ne peut savoir si elle ne l'a pas été dans la première tentative, qui a été infructueuse.

L'enfant a d'abord donné peu de signes de vie; ce fut après avoir été frotté sur toute la surface du corps pendant près de cinq minutes, et après qu'on eut à plusieurs reprises pratiqué l'insufflation artificielle, qu'il commença à remuer et à crier.

Bientôt nous reconnûmes que, dans les efforts de la respiration, toujours grands chez le nouveau-né, l'aile droite du nez se dilatait seule, l'aile gauche était tout à fait immobile, l'œil droit se fermait complétement pour s'ouvrir ensuite; mais l'œil gauche ne se fermait qu'imparfaitement. La paupière supérieure s'abaissait bien un peu, mais l'œil restait entr'ouvert; toutes les fois que l'enfant criait, la commissure droite des lèvres était tirée en dessus; mais il fallait être prévenu et examiner avec soin pour observer ce phénomène, qui, s'il eût existé seul, aurait pu être attribué aux nombreuses grimaces qu'exécutent les enfants en

venant au monde. Ce qui était surtout caractéristique, c'était la paralysie de l'aile du nez et des paupières; nous l'avons pincé, et il a crié.

Madame X.... a voulu nourrir son enfant; mais elle avait les mamelons peu saillants et peu volumineux, en sorte que l'enfant n'a pu les saisir pendant les premiers jours; il ne pouvait contracter les muscles orbiculaires pour faire complétement le vide.

On a été obligé de le faire nourrir par une femme déjà nourrice depuis un certain temps, et dont les mamelons étaient gros et saillants; il a pu alors teter. Pendant ce temps, madame X,... a nourri l'enfant de cette dernière femme bien portant et habitué déjà à prendre le sein. Aujourd'hui, les mamelons de la mère sont devenus assez saillants pour que son enfant puisse les saisir.

L'hémiplégie, bien qu'un peu moins marquée, existe toujours.

Il s'est en outre formé une petite ulcération un peu en arrière et au-dessous du pavillon de l'oreille gauche, en sorte que, probablement, ce point aura été contus et comprimé par le forceps.

Obs. III.—*Hemiplégie faciale droite chez un enfant nouveau-né, après l'application du forceps; mort pendant les convulsions.*—Le 5 janvier 1839, une femme, parvenue au terme de sa grossesse, fut accouchée à la Maternité avec le secours du forceps. Les contractions, qui manquaient depuis cinq heures, n'avaient pu être ramenées par le seigle ergoté, et la tête, placée en quatrième position de l'occiput (réduite en deuxième), ne pouvait franchir le détroit inférieur. L'enfant, qui fut extrait sans difficulté, ne donnait d'abord aucun signe de vie: on eut recours à tous les moyens capables de le ranimer; mais ce ne fut qu'après avoir insufflé de l'air dans les bronches pendant trois quarts d'heure, qu'on parvint à provoquer quelques inspirations, et qu'enfin la respiration s'établit. On se servit du tube laryngé, et on eut soin de simuler, en comprimant la poitrine, les mouvements d'expiration. Le cordon ombilical formait une circulaire autour du cou, et déjà, une heure avant l'extraction, les eaux qui s'écoulaient par la vulve étaient teintes de méconium.

Examiné quelques heures après sa naissance, cet enfant nous offrit à considérer une paralysie de tout le côté droit de la face; la commissure gauche des lèvres entraînait celle du côté droit; la pointe du nez, attiré à gauche par la narine correspondante, dont la contraction faisait ressortir l'immobilité de celle du côté droit, donnait au visage un aspect tout particulier; quand les paupières du côté gauche se rapprochaient pour cacher complétement l'œil, celles du côté droit ne pouvaient arriver au même résultat; une partie de l'organe restait toujours à découvert. Toutes ces différences devenaient encore plus tranchées, lorsque pendant les cris et les pleurs, les muscles de la face entraient dans une contraction presque convulsive.

La langue fut examinée pendant quelques petits mouvements, et ne parut pas déviée de sa direction normale. La faiblesse de l'enfant ne lui permettant pas de prendre le sein, on ne put juger de l'influence de la paralysie sur les mouvements de succion. Il nous fut possible de constater que le côté paralysé était aussi sensible que celui dont les muscles conservaient toute leur énergie. La moindre irritation de la peau provoquait des grimaces, et même des cris, si elle était portée un peu plus loin. La face était la seule partie du corps qui fût paralysée; toutes les autres jouissaient de leur sensibilité et de leurs mouvements ordinaires.

Le lendemain de la naissance, des convulsions se déclarèrent et entraînèrent la mort. J'assistai à plusieurs accès, et je pus voir l'état convulsif agir seulement sur les muscles du côté gauche, et exagérer la déviation signalée plus haut.

La tête, placée diagonalement dans l'excavation, l'occiput répondant à peu près à la cavité cotyloïde droite, avait été saisie de manière à ce que l'une des branches passât au-devant du conduit auditif droit, l'oreille placée dans l'intervalle des deux jumelles, et l'autre au devant de la bosse coronale du côté gauche. Toutes les deux avaient laissé des empreintes assez profondes, sans que toutefois il y eût déchirure des téguments.

Autopsie.—L'encéphale est examiné avec le plus grand soin, dans toutes ses parties, et ne présente pas la moindre altération. Le nerf facial est aussi l'objet d'une dissection attentive. La parotide droite me paraît plus rouge et plus volumineuse que la gauche; mais la septième paire n'offre rien à considérer, soit dans sa texture, soit dans sa coloration, ni dans son tronc, ni dans ses principales anastomoses suivies dans le rocher. Il est entouré par une petite quantité de sérosité sanguinolente qu'on n'observe pas du côté opposé. Tous les autres organes sont à l'état normal.

Obs. IV.—La nommée Marie Pillon, âgée de vingt-huit ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique, enceinte pour la seconde fois, entra à la Clinique le 7 novembre 1837.

Le premier accouchement avait nécessité l'emploi du forceps; M. P. Dubois fut obligé de l'employer encore cette fois pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer ici.

L'enfant présentait le sommet en quatrième position, réduite presque complétement en occipito-antérieure droite, au moment de l'application de l'instrument. Cette circonstance ne permit pas de le placer d'une manière régulière sur les parties latérales de la tête: la branche à pivot porta sur la bosse coronale et sur le pariétal du côté gauche, et produisit même une petite plaie contuse sur le front; l'autre branche, au contraire, fut fixée sur la région de l'oreille droite, et y laissa une empreinte légère qui disparut très-vite.

La lenteur du travail et la pression du forceps, peut-être, firent que, chez cet enfant, la respiration s'établit difficilement (1).

Avant même qu'elle n'eût fait entendre les premiers cris, on avait remarqué que, pendant ces petits mouvements inspiratoires qui précèdent, après l'accouchement laborieux, l'établissement régulier de la respiration, la narine du côté droit était complétement immobile, pendant que celle du côté gauche exécutait mani-

(1) Voulant me borner aux détails relatifs à l'hémiplégie faciale, j'ai dû nécessairement, sous peine d'être entraîné trop loin, passer sous silence, dans les observations, toutes les circonstances de la grossesse et de l'accouchement qui ne rentraient pas directement dans mon sujet.

festement un mouvement alternatif de contraction et de dilatation.

Bientôt des cris survinrent, et la déviation très-prononcée de la commissure gauche en haut et en dehors vint confirmer l'idée qui s'était offerte tout d'abord à M. Dubois, d'une paralysie du côté droit de la face.

On constatait parfaitement la contraction presque convulsive de l'orbiculaire palpébral du côté gauche pendant les cris, tandis que, celui du côté droit ne pouvant s'approcher, les paupières laissaient l'œil grandement ouvert. La sensibilité était égale de chaque côté, et aucune autre partie du corps ne présentait d'altération ni du mouvement ni du sentiment.

Malgré la déviation énorme de la bouche de l'enfant pendant les contractions musculaires, la succion n'a pas été gênée un seul instant, et le mamelon a pu, dès le début, être saisi comme d'habitude.

Jusqu'au 26 décembre, c'est-à-dire dix jours après la naissance, l'enfant, qui du reste se portait parfaitement, parut conserver au même degré tous les signes de l'hémiplégie faciale. Dès cette époque seulement, le désaccord entre les deux côtés du visage diminua graduellement et sans autre traitement que les soins hygiéniques, et, le 2 janvier, jour de la sortie de l'enfant, il ne restait plus que quelques traces à peine perceptibles de la paralysie.

C'est, comme on le voit, par ces observations aussitôt après la naisssance et au moment des premiers cris de l'enfant que paraissent les symptômes de l'hémiplégie faciale, quand elle a pour cause la compression de la septième paire par le forceps. La commissure des lèvres est fortement déviée; l'aile du nez paraît moins ouverte et moins mobile que celle du côté sain, et les paupières du côté malade sont ouvertes tandis que celles du côté sain restent closes; tout un côté de la figure semble entraîné vers l'autre, et cette difformité, exagérée encore quand les cris de l'enfant augmentent, donne à sa physionomie l'aspect le plus bizarre.

Si les cris viennent à cesser, l'observateur qui a suivi attentivement la transition entre les nuances diverses de la physionomie de l'enfant aperçoit bien encore, pendant les premiers moments de calme; un désaccord entre les deux côtés de la face; mais aussitôt que les derniers vestiges des pleurs ont disparu, et que la figure a repris un calme complet, la différence, qui était produite surtout par le défaut d'équilibre entre les deux segments de l'orbiculaire labial, disparaît aussi entièrement; et si l'œil du côté non paralysé est ouvert, il ne restera plus que des nuances très-légères qu'il sera presque impossible de saisir, mais que les premiers cris de l'enfant viendront bientôt exagérer de nouveau.

Cette différence si grande entre les phénomènes de la maladie, pendant l'état de repos ou d'agitation de la face, mérite d'être signalée, car elle n'existe chez l'adulte qu'à un degré incomparablement moindre.

Chez l'adulte, en effet, bien qu'à l'état de repos et pendant la cessation de toute contraction volontaire, les muscles du côté paralysé ne se meuvent pas; cependant comme ils ont, indépendamment de leur élasticité propre, une force de raccourcissement qui a pour condition, suivant M. Bérard, leur communication avec les centres nerveux, force qui n'existe plus dans les muscles paralysés, il y a nécessairement défaut de symétrie de la face, et les traits sont tirés du côté sain. Ainsi voit-on chez les malades atteints d'hémiplégie fortement prononcée, et pendant l'état de calme, la commissure du côté paralysé plus basse, plus rapprochée de la ligne médiane, la bouche oblique, et le nez lui-même attiré du côté paralysé.

Mais, outre cette raison, il me semble en exister une autre plus puissante, qui n'a pas été indiquée, et qui tient à ce caractère particulier imprimé à nos traits par les passions les plus habituelles, caractère qui forme le type individuel de chaque physionomie. Or, quelle est l'origine de cette expression physionomique individuelle, sinon une contraction latente et insensible des muscles de la face déterminée à la longue d'une manière permanente par les contractions le plus fréquemment répétées, et en rapport avec les sentiments journaliers qu'elle sont destinées à exprimer, ou avec les sensations les plus habituelles dont elles sont l'expression?

Ces contractions musculaires, quelque insensibles qu'elles paraissent, n'en ont pas moins pour moteur le nerf facial; elles doivent donc nécessairement disparaître d'un côté dans le cas d'hémiplégie, et de là cette différence qui existe dans la physionomie de l'homme adulte, même pendant l'état de repos complet et en l'absence de toute contraction volontaire.

Dans la première enfance, au contraire, outre l'abondance du tissu cellulaire qui rend imperceptible la saillie des muscles, les besoins instinctifs modifiant seuls à tous instants l'expression des traits, sans laisser aucun vestige de l'expression précédente, les nuances physionomiques sont entièrement nulles; les émotions effleurent, pour ainsi dire, la surface du visage sans y imprimer de traces, et dans l'état de calme de l'enfant les deux côtés de la figure restant presque en tout, malgré l'hémiplégie, symétriques et semblables, aucun signe apparent ne viendra révéler l'affection.

Cette différence énorme dans l'expression physionomique, chez l'homme adulte et chez l'homme enfant, explique, suivant moi, en grande partie la différence qui existe entre les effets de la paralysie de la septième paire à l'état de repos. Aussi beaucoup d'hémiplégies faciales chez les nouveau-nés ont dû rester ignorées, quand elles n'étaient pas poussées trop loin, parce que, d'une part, on ne pouvait les constater pendant les moments de cal-

me, et que, d'une autre part, on les confondait pendant les pleurs, les cris ou le sourire de l'enfant, avec les grimaces que produisent toujours les contractions irrégulières auxquelles ces actes donnent lieu.

C'est surtout pendant les quelques moments qui précèdent les pleurs qu'on peut saisir la différence qu'établit la paralysie entre les deux côtés du visage. Ainsi pendant ce moment d'indécision qui sépare l'état calme de l'état violent, et où il semble, pour ainsi dire, que l'enfant lutte contre le spasme qui doit amener les pleurs, on voit alterner rapidement les phénomènes expressifs de l'état précédent et de l'état qui doit suivre; les lèvres se dévient, pour reprendre et quitter aussitôt leur position normale; puis les contractions violentes prennent le dessus, la déviation s'exagère, la commissure du côté sain s'étend fortement, se relève, s'entr'ouvre ou se resserre, en entraînant avec elle celle du côté paralysé, qui demeure presque immobile, ou dont les mouvements sont entièrement passifs. Plus tard, le tremblement convulsif augmentant, surtout pendant la reprise des cris, la face tout entière semble y participer, et les phénomènes de l'hémiplégie sont plus obscurs, mais bien assez évidents néanmoins pour qu'on les remarque toujours si on les observe avec soin.

J'ai examiné avec attention si la luette ou la langue étaient déviées, et quoique l'agitation de l'enfant rende ces différences, quand elles sont légères, difficiles à apprécier, cependant, l'examen ayant été répété souvent et avec le plus grand soin, j'ai toujours obtenu un résultat négatif. L'anatomie rend compte parfaitement de ce phénomène pour la luette, puisque le filet supérieur ou crânien du nerf vidien (grand nerf pétreux superficiel d'Arnold) qui fournit le mouvement aux muscles du voile du palais, excepté au péristaphylin externe, prend son origine dans l'aqueduc, à l'hiatus de Fallope, au niveau du renflement ganglionaire du facial, et par conséquent dans un point où ce nerf n'a pu être comprimé.

Malgré le trouble apparent que semblerait devoir nécessairement apporter dans les fonctions de l'appareil lacrymal la non-occlusion des paupières, cependant il n'existe chez l'enfant ni épiphora, ni inflammation de la conjonctive oculaire, comme on pourrait le croire d'après les faits observés chez l'adulte, soit que la rotation de l'œil opérée par les muscles obliques le garantisse en partie des influences extérieures, soit plutôt que, dès sa naissance, l'enfant étant soustrait dans son berceau aux effets de la lumière, cet organe ait moins besoin d'être lubrifié par les larmes ou protégé par les paupières. Du reste, l'altération de l'œil ou de l'appareil lacrymal n'est pas une conséquence nécessaire de la paralysie de l'orbiculaire palpébral, et la science possède un assez grand nombre d'observations recueillies chez l'adulte, et d'après lesquelles, malgré une hémiplégie faciale complète, le cours régulier des larmes n'avait pas été interrompu.

Quant aux autres muscles d'expression auxquels se rend la septième paire, leurs mouvements sont si bornés et si peu apparents chez l'enfant nouveau-né, qu'ils ne peuvent donner lieu à aucun phénomène appréciable dans l'affection qui nous occupe.

Le jour même de la naissance, ou quelques jours après, on voit diminuer insensiblement les phénomènes de l'hémiplégie. Cette différence légère, qu'on apercevait déjà difficilement en l'absence de toute contraction musculaire, disparaît d'abord complétement pendant les moments de calme de l'enfant, et il devient alors tout à fait impossible d'indiquer le côté paralysé.

Bientôt les simples contractions du visage n'amènent plus entre les deux côtés un si grand désaccord : l'œil n'est plus aussi largement ouvert, la commissure labiale est moins tirée, les narines paraissent également dilatées, et ce n'est qu'au moment des pleurs ou des bâillements de l'enfant qu'on voit reparaître cette déviation si prononcée que nous avons signalée plus haut.

Au bout de huit à dix jours environ, les muscles du côté paralysé font équilibre à ceux du côté sain dans les mouvements peu étendus; mais ils ne peuvent suffire encore si les contractions s'exagèrent, et la difformité reparaît. Il semble que le nerf facial ne puisse donner que le quart ou la moitié de l'excitation nécessaire à la contraction complète, et qu'il acquiert chaque jour une quantité plus grande de fluide nerveux qui augmente la somme et l'étendue des mouvements qu'il excite; enfin, ces mouvements reçoivent leur entier développement, et même, pendant les contractions violentes auxquelles donnent lieu les cris de l'enfant, il est impossible d'apercevoir la plus légère nuance entre les deux côtés.

C'est en général, dans l'espace de deux jours à six semaines que s'effectue la guérison complète; or, si l'on compare ce terme à celui de la durée ordinaire de l'hémiplégie chez l'adulte, ne sera-t-on pas étonné de voir une paralysie causée par une forte compression disparaître en si peu de temps chez l'enfant nouveau-né, tandis qu'on voit la même affection produite par une cause dont l'action doit paraître, au premier abord, beaucoup moins énergique, le froid, par exemple, résister aux moyens les mieux dirigés, et durer souvent plusieurs années?

La marche de l'affection, telle que je viens de la décrire, est celle qui s'offre le plus souvent à l'observation; mais évidemment elle devra varier, et, suivant le siége, et suivant l'étendue, et suivant l'intensité de la compression.

Chez l'adulte, la saillie de l'apophyse mastoïde, du conduit auditif externe et du muscle sterno-mastoïdien, rendrait presque impossible une compression de la septième paire à sa sortie du rocher; mais, chez l'enfant naissant,

l'absence presque complète de l'apophyse mastoïde et le peu de développement du conduit auditif font que l'extrémité de la cuiller du forceps peut porter sur l'origine du nerf facial, surtout si la tête se présente en inclinaison pariétale.

Mais cette compression du nerf, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, doit avoir lieu rarement. Dans la majorité des cas (le forceps étant appliqué, comme cela a lieu le plus ordinairement, dans le sens du diamètre occipito-mentonnier), le bord postérieur de la cuiller tracera son sillon à quelques lignes environ au devant du lobule de l'oreille, au niveau de la naissance des principales branches, et presque tous les muscles peauciers du crâne et de la face seront paralysés, comme si le tronc lui-même des nerfs eût été comprimé par l'instrument.

Si le forceps, au lieu d'agir parallèlement au diamètre occipito-mentonnier, agit perpendiculairement à cette ligne, il ne devra intéresser que quelques branches isolément. Enfin, les symptômes varieront nécessairement suivant que l'instrument aura comprimé le tronc tout entier ou seulement les branches, et suivant que ces branches appartiendront aux parties supérieures ou inférieures de la région faciale. On peut donc prévoir, *à priori*, qu'il pourra y avoir séparément une paralysie de l'orbiculaire des paupières ou de l'orbiculaire des lèvres, et que, dans le cas où tous les rameaux qui émanent d'une branche principale, de la branche temporo-faciale, par exemple, auront été comprimés en même temps, la compression ayant pu s'exercer inégalement sur chacun, l'intensité de la paralysie pourra varier aussi suivant les régions auxquelles ils se rendent.

Quoique je ne connaisse dans la science aucun exemple d'hémiplégie faciale chez l'enfant nouveau-né, en dehors de la cause que j'ai signalée, néanmoins on comprend que toute autre cause analogue puisse la produire : ainsi une tumeur anormale développée dans le bassin ; une viciation des os coxaux ; une compression violente, locale, pendant le travail, etc., etc. Je ne prétends pas même que, dans tous les cas d'hémiplégie faciale paraissant aussitôt la naissance chez un enfant extrait par le forceps, on doive nécessairement rapporter la lésion fonctionnelle à une lésion produite par l'instrument : l'analyse exacte de tous les phénomènes peut seule éclairer le chirurgien à ce sujet.

Ainsi, une compression par le forceps peut avoir été assez violente pour déterminer la paralysie du nerf facial, et cependant n'avoir laissé aucune trace sur la tête de l'enfant (c'est même ce qui est arrivé chez l'enfant qui fait le sujet de la troisième observation). Dans ce cas, la connaissance exacte de la position et des manœuvres qui ont été faites, pourra indiquer la partie de la tête saisie par le forceps ; mais il peut se faire aussi que cette détermination devienne impossible, soit que plusieurs tentatives d'application aient eu lieu, soit que celui qui observe n'ait pas été présent à l'accouchement et ne puisse avoir de renseignements, soit par d'autres circonstances faciles à prévoir, et qu'il est inutile d'énumérer. Eh bien, dans ce cas, si la paralysie s'est montrée aussitôt l'accouchement, si elle n'occupe que des muscles soumis au nerf facial, sans lésion de la sensibilité, sans déviation de la langue ou de la luette, si tous les sens sont intacts, s'il n'existe en aucune partie du corps d'autre paralysie..., dans ces cas, sans savoir où a porté le forceps, on peut, dans l'immense majorité des faits, affirmer qu'il a comprimé la septième paire des nerfs.

Si, les mêmes circonstances existant, on trouve une déviation de la luette, on devra penser que l'instrument a produit une lésion du rocher dans l'aqueduc de Fallope.

Quant à toutes les autres lésions du crâne ou de l'encéphale que pourrait déterminer l'application du forceps, elles sortent de mon sujet, et je ne dois pas les examiner.

Du reste, si l'on réfléchit à la facilité avec laquelle les praticiens les plus distingués admettent des épanchements là où il n'existe qu'une affection locale d'un nerf, on concevra combien il est important d'insister sur cette particularité de l'histoire de l'hémiplégie faciale chez les nouveau-nés, savoir, que le forceps peut avoir comprimé le nerf de la septième paire assez fortement pour le paralyser, sans cependant laisser à l'extérieur la moindre trace de son action.

Je n'ignore pas qu'en poussant aussi loin que possible l'analyse et le doute, on pourra, dans le cas où le forceps n'a laissé aucune trace de compression sur les tissus, nier son influence sur la production de la paralysie, et l'attribuer à toute autre circonstance. Il suffit de savoir que cette affection peut survenir et disparaître spontanément et sans cause appréciable chez l'adulte, pour ne pas contester qu'il pourrait en être de même chez les nouveau-nés ; mais enfin nous raisonnons seulement d'après les résultats de l'observation, et ils nous apprennent que dans tous les cas où siégeait une hémiplégie faciale, il y avait eu une application de forceps qui pouvait en rendre compte.

Quant à l'interruption de l'influx cérébral, je pense qu'elle a lieu simplement par une sorte de condensation du parenchyme nerveux lui-même, produite par la compression.

Si cette compression a été peu intense, les fibrilles qui composent le tronc de la septième paire reprendront rapidement, en vertu de leur élasticité propre, leur position normale, et le mouvement sera facilement rétabli. Si, au contraire, la condensation a été poussée trop loin, la paralysie persistera plus longtemps. Dans tous les cas, les accidents étant primitifs, et se montrant au moment même de la naissance, il sera impossible de les rapporter à l'inflammation produite par l'action du forceps, ou à un épanchement consécutif.

Mais cette contusion déterminée par l'instru-

ment ne pourrait-elle amener une inflammation du nerf ou du névrilème, qui, gagnant de proche en proche, et se propageant dans le rocher, déterminât un épanchement; et cet épanchement ne pourrait-il être, à son tour, la source d'une nouvelle compression ? Les faits manquent pour décider cette question (1) mais dans tous les cas observés jusqu'à ce jour, soit par M. le professeur P. Dubois, soit par M. Depaul, soit par mon excellent collègue et ami, M. Voillemier, soit par moi-même, les accidents ont toujours été en diminuant, ce qui n'aurait pu avoir lieu dans la supposition d'un épanchement consécutif dans l'aqueduc de Fallope.

On peut se demander maintenant comment il se fait qu'une cause extérieure agissant sur la septième paire n'agisse pas en même temps sur la cinquième qui partout se distribue aux mêmes régions, et comment, au lieu d'une simple paralysie musculaire, il n'existe pas en même temps une double abolition de motilité et de sensibilité. Et, en effet, l'anatomie pathologique démontrant que des causes analogues à celles qui produisent la perte du mouvement produisent, quand elles s'appliquent au nerf trifacial, la perte du sentiment, il semblerait au premier abord, que ces deux facultés dussent s'éteindre en même temps sous l'action compressive du forceps. Mais si l'on réfléchit à la disposition anatomique de la cinquième paire, on verra que, dans le mode de compression qui produit la paralysie du nerf facial, aucune des branches principales du nerf trijumeau ne peut être intéressée.

D'abord, les rameaux fronto-palpébral de l'ophthalmique et le plexus sous-orbitaire du maxillaire supérieur ne sont pas dans la région occupée habituellement par le forceps; et quant au maxillaire supérieur qui parcourt, à la vérité, la ligne occipito-mentonnière, suivie ordinairement par le forceps, il est protégé de la manière la plus efficace contre son action par l'arcade orbitaire.

Le bucco-labial ou l'auriculo-temporal ne peuvent être comprimés que dans une petite étendue, et il est difficile qu'ils le soient tous deux en même temps.

En outre, les ramifications de la cinquième paire, dirigées presque obliquement de haut en bas dans un sens parallèle aux bords des cuillers, seront nécessairement comprimées bien plus difficilement et dans un espace beaucoup moindre que les ramifications du nerf facial qui, se portant trantsversalement de dehors en dedans, et s'offrant perpendiculairement à l'action du forceps, peuvent, quoique saisies dans un espace très-borné, être toutes paralysées.

Enfin, les rameaux de la cinquième paire communiquant tous ensemble par de nombreuses anastomoses, il s'ensuit qu'une paralysie du sentiment ne pourrait s'étendre que dans des limites très-restreintes, puisque les filets anastomotiques des branches intactes donneraient à la peau et aux muscles la sensibilité qui leur serait refusée par quelques rameaux, tandis que, malgré les anastomoses du facial, l'influx nerveux ne peut se produire, puisque, dans la région de la face occupée ordinairement par l'instrument dans les applications régulières du forceps, le tronc ou ses principales branches sont, comme je l'ai dit plus haut, comprimés entièrement.

C'est surtout pour les indications à remplir qu'il est important de reconnaître d'une manière précise, la nature intime de la lésion dans l'hémiplégie faciale, afin de ne pas diriger contre une prétendue maladie de l'encéphale des moyens qui, d'une part, pourraient nuire à la santé générale de l'enfant, et qui, d'une autre part, n'abrégeraient en rien la terminaison de la maladie.

Les mouvements revenant, comme nous l'avons vu, d'une manière graduelle, spontanément et dans un laps de temps ordinairement très-court, il est donc tout à fait superflu d'employer un traitement actif, et l'on devra se borner à des soins purement hygiéniques.

Ainsi, on évitera de coucher l'enfant sur le côté paralysé, et de serrer les vêtements qui lui couvrent la tête et le cou.

L'œil du côté paralysé n'étant plus protégé par les paupières, ni lubrifié régulièrement par les larmes, il sera important de soustraire cet organe à l'action d'un jour trop vif, et de placer le berceau de l'enfant de manière à ce qu'il ne reçoive que la lumière diffuse.

Quoique l'hémiplégie doive rendre nécessairement la succion plus difficile, cependant, quelques jours après la naissance, l'enfant peut prendre ordinairement le sein; et si le peu de saillie du mamelon de la nouvelle accouchée augmente les difficultés, on présentera à l'enfant le sein d'une nourrice dont le mamelon sera déjà formé.

Enfin, on devra éviter de provoquer les pleurs de l'enfant, et chercher même à les calmer aussitôt, surtout si la paralysie est intense, afin d'exagérer le moins possible la difformité, et d'empêcher que les traits du visage ne conservent quelque chose de ces nuances anormales qui nuiraient à leur régularité.

Jusqu'ici, dans tous les cas qui sont venus à ma connaissance, l'hémiplégie a toujours disparu spontanément, et trop rapidement pour qu'on ait songé à la combattre autrement que par des moyens hygiéniques; mais si la guérison se faisait trop longtemps attendre, on pourrait, je pense, recourir avec avantage, soit à de petits vésicatoires avec la pommade am-

(1) A la vérité, on a noté, dans la troisième observation que j'ai citée, une petite quantité de sérosité sanguinolente autour du nerf facial; mais cet enfant étant mort de convulsions le lendemain même de la naissance, les troubles fonctionnels n'ont pu être étudiés d'une manière assez complète pour être rapprochés des lésions organiques, et d'ailleurs les détails nécroscopiques sont trop peu précis pour qu'il soit possible de les interpréter avec rigueur. Ce fait isolé doit donc, jusqu'à de nouveaux documents, rester sans application.

moniacale, placés sur le trajet du facial, soit à l'électrisation, en plaçant une aiguille au niveau du trou stylo-mastoïdien, et en dirigeant l'excitateur sur les principales ramifications du nerf.

Du reste, soit qu'on emploie le galvanisme simple ou l'électro-magnétisme, on devra se servir d'un courant très-faible, et mettre l'aiguille placée sur le trajet du tronc de la septième paire plutôt en communication avec le pôle positif qu'avec le pôle négatif, afin d'exciter moins de douleur.

LANDOUZY. D. M. P.

VI. De l'avantage des ponctions dans le traitement des bubons.

J. Hunter a dit, dans son *Traité sur les maladies vénériennes*, à propos des bubons : « Il arrive quelquefois qu'ils viennent à suppuration : alors les bubons deviennent bien plus un objet de chirurgie qu'en tout autre état, et on doit les traiter, à quelques égards, de même que les autres abcès. » C'est sous ce point de vue que j'envisagerai la question.

Depuis longtemps, à l'Hospice général de Rouen, on avait pratiqué l'ouverture des bubons suppurés, au moyen du bistouri ou de la pierre à cautère, dans toute l'étendue de la collection purulente ; après cette ouverture on appliquait le pansement de plaies suppurantes. Cette méthode procurait quelquefois une guérison assez prompte, c'est-à-dire six semaines à deux mois après l'ouverture, avec une cicatrice peu apparente, mais souvent aussi elle amenait de vastes plaies dont les bords frangés ou contournés s'opposaient à la guérison, et nécessitaient leur résection : il en résultait des cicatrices difformes. J'ai vu de ces plaies durer plus d'une année, quoi qu'on fît pour mettre les malades dans de bonnes conditions. Je me rappelle un militaire que j'avais pansé pendant six mois, lorsqu'en 1834, au mois d'octobre, je quittai l'hospice pour prendre du service à l'Hôtel-Dieu, et que je retrouvai encore malade au mois d'avril 1835. Ce ne fut que plusieurs mois après qu'il sortit enfin de l'Hospice général, l'aine droite couverte d'une épouvantable cicatrice. Cependant ce mode de traitement fut suivi jusqu'en 1837, époque à laquelle M. le docteur Blanche, médecin en chef de l'Hospice général, imagina une méthode nouvelle, comme je le prouverai plus tard.

Le hasard mit cet excellent praticien sur la voie de cette méthode : ayant fait appliquer des sangsues sur un bubon qui néanmoins se remplit de pus, M. Blanche s'aperçut que ce pus suintait par les piqûres des sangsues. Il fit panser avec des cataplasmes émollients la tumeur qui s'affaissa peu à peu; la peau, sans s'amincir, contracta des adhérences avec le tissu sous-jacent, et la guérison fut bientôt complète. Satisfait de ce résultat, ce médecin crut avec raison pouvoir l'obtenir artificiellement. Voici le procédé qu'il emploie depuis ce temps :

Une fois le bubon en suppuration, et avant que la peau soit amincie, il fait avec un bistouri étroit plusieurs ponctions, trois ou quatre dans l'étendue d'un pouce ; ensuite, sans presser sur la tumeur, il introduit dans chaque petit trou une mèche de charpie, afin d'empêcher le recollement des bords de cette petite ouverture, et recouvre le tout d'un épais cataplasme qu'on renouvelle matin et soir, en changeant les mèches. On panse ainsi jusqu'à ce qu'on ne voie plus le pus sortir qu'en très-petite quantité, et que la peau soit presque entièrement affaissée; alors un peu de charpie et une simple compresse appliqués sur les piqûres suffisent pour amener le recollement de la peau, et la guérison sans cicatrices.

J'ai vu les vingt premières observations de ce traitement couronnées de succès. Je vais en rapporter quelques-unes.

OBS. I.—Salle Saint-Roch, n. 8. B....., entré le 2 juin avec un bubon inguinal droit, le 5, suppuration commençante ; le 9, foyer purulent de deux pouces et demi de longueur sur deux pouces de largeur : six ponctions, mèches, cataplasmes matin et soir pendant onze jours ; le 20, charpie et compresse; le 23, guérison.

OBS. II.—Salle Saint-Roch, lit n. 35. P...., entré le 19 juin, ayant un bubon inguinal droit, fluctuant dans une étendue de deux pouces : le 20, cinq ponctions, mèches, cataplasmes; le 3 juillet, pansement simple; le 7, guérison.

OBS. III.—Salle Saint-Alexis, lit n. 23. M. .., entré le 26 juin avec un bubon double à la région inguinale droite ; la tumeur supérieure offre de la suppuration dans une étendue de près de trois pouces : six ponctions, mèches, cataplasmes; le 29, fluctuation d'un pouce dans la tumeur inférieure, trois ponctions, même pansement; le 15 juillet, guérison de la seconde tumeur, et le 18, guérison de la première.

OBS. IV.—Salle Sainte-Madeleine, lit n. 8. Marie D..., entrée le 4 septembre; le 6, bubon inguinal gauche ; le 15, suppuration, malgré les applications de sangsues répétées; le 19, trois ponctions, mèches, cataplasmes; le 2 octobre, guérison.

Un de nos malades ne fut pas aussi heureux. Les petites plaies s'ulcérèrent, se réunirent, et n'en formèrent plus qu'une semblable à celles qui étaient si souvent la conséquence des grandes ouvertures. Malgré cela, M. Blanche a continué d'employer cette méthode, et il est constant pour moi, qu'elle a réussi au moins neuf fois sur dix pendant près deux ans que j'ai pu la voir pratiquer ou la pratiquer moi-même.

Voici deux des observations qui me sont particulières :

Au mois de janvier de l'année dernière, M. M..., commis-voyageur, me fit demander en ville pour lui donner mes soins ; il portait un bubon inguinal gauche en suppuration, d'environ trois pouces de surface : je lui fis sept ponctions, et il fut guéri en huit jours. Je l'ai rencontré à

Paris, au mois d'avril dernier, et j'ai pu me convaincre que ce bubon n'a laissé aucune trace.

La seconde observation devrait être comptée au nombre des cas défavorables, si elle n'avait pour sujet un jeune homme d'un tempérament éminemment lymphatique.

Au mois de février de la même année, M. L.... réclame mes soins pour deux bubons inguinaux volumineux dont il est atteint; dans celui du côté droit. surtout, les ganglions superficiels et les ganglions sous-aponévrotiques sont engorgés. Il offre un point suppuré que j'ouvre par cinq ponctions, et je panse comme précédemment; mais la suppuration, sans augmenter, dura longtemps. Cependant la peau ne s'amincit pas; elle ne s'ulcéra point, et les ganglions, qui n'avaient point suppuré jusqu'au moment de la ponction, restèrent durs et indolents. Je conseillai au malade un régime tonique; il alla au mois de mars à la campagne, et, dans les premiers jours d'avril, la suppuration s'arrêta avec recollement de la peau sans cicatrices; les indurations disparurent ensuite sous l'influence des résolutifs.

Ce fait, loin d'être contre la méthode adoptée par M. Blanche, parle plutôt en sa faveur, car il est probable qu'une large ouverture, en exposant à l'air les nombreux ganglions engorgés, les aurait fait suppurer, et eût amené une plaie de longue durée, douloureuse, et qui aurait laissé après elle une cicatrice difforme, comme cela arrive presque toujours chez les individus de ce tempérament.

Le 6 juillet dernier, M. Ricord, chirurgien de l'hôpital des vénériens de Paris, à qui j'avais fait part de ce procédé, pratiqua quatre ponctions au bubon d'un malade couché au lit n. 16 de la salle 8 de cet hôpital; le 12, le foyer purulent avait disparu.

Huit jours après, étant à Rouen, j'ai pu encore, par de nouvelles observations, confirmer ce que j'ai avancé; et l'avantage de cette méthode de traitement n'est pas douteux pour moi, quand je compare ses résultats avec ceux des méthodes précédemment employées à l'hospice général, et qui sont à peu près les seules généralement conservées de celles conseillées par Astruc, Hunter, Swédiaur, Lagneau, et autres syphiliographes. Sa nouveauté me paraît aussi à peu près prouvée en ce sens, que M. Blanche fait toujours plusieurs ponctions à chaque bubon, tandis que les auteurs qui ont parlé de la ponction dans le traitement de cette tumeur l'ont conseillée simple, et sans indiquer le mode de pansement consécutif, qui n'est pas sans importance. Ensuite J.-L. Petit et Boyer parlent bien de ponctions; mais, outre qu'elles n'ont pas une grande ressemblance avec la méthode de M. Blanche, ces auteurs la restreignent, le premier aux tumeurs des environs de la bouche et du gosier, le second aux abcès froids et par congestion. Enfin, cette méthode n'est employée, ni à l'hôpital des Vénériens, ni à celui de l'Oursine, à Paris.

M. J. Daime, chirurgien, chef interne à l'hôpital des Vénériens, à Marseille, vient de publier, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* du mois d'août 1839, une méthode qui consiste à ouvrir les bubons au moyen d'un fer à cautère fin rougi à blanc. Sans contester les avantages de cette méthode, j'accorderai encore la préférence à celle de M. Blanche, qui, par ses ponctions multiples, expose beaucoup moins aux trajets fistuleux qu'une ouverture simple comme celle que M. Daime pratique ordinairement.

VIVEFOY. D. M. P.

VII. Essai sur la scarlatine sans exanthème.

Il est peu de maladies aiguës qui aient, autant que les exanthèmes, fixé l'attention des observateurs; il en est peu sur lesquelles on ait publié autant d'ouvrages; et cette sorte de prédilection n'a rien qui doive étonner: elle est suffisamment justifiée par le vif intérêt que présentent tous les points de ces affections.

Ne pouvant aborder tous ces points, je me bornerai à parler des plus remarquables.

1° Et d'abord, quoi de plus curieux que l'origine des exanthèmes. On a la certitude que la plupart d'entre eux ont été inconnus à nos climats pendant des siècles; et à la suite d'une invasion de barbares, ou après des découvertes de pays nouveaux faites par des marins européens, ils se sont introduits chez nous, et y ont acquis droit de domicile, bien différents, en cela, de la peste et du choléra-morbus, qui, après avoir exercé de nombreux ravages dans nos pays, les ont abandonnés promptement sans laisser de traces de leur passage.

2° Ce sont des maladies presque aussi inévitables pour l'homme, que certaines affections pour les animaux. Personne ne peut s'y soustraire, et s'ils ont une prédilection très-marquée pour l'enfance, aucune époque de la vie n'est à l'abri de leur action, et ceux-là seuls leur échappent qui ne vivent point assez pour contracter la contagion.

3° Ils se montrent sous les formes sporadique ou épidémique. Ces épidémies ont été observées depuis des siècles, et presque toutes celles qui avaient quelque importance ont été rapportées avec détails; et on peut voir dans leurs descriptions qu'elles diffèrent toujours les unes des autres sous quelque rapport. Ces différences sont relatives à l'abondance, la forme, la couleur des éruptions, et plus souvent encore aux accidents qui les accompagnent, aux complications qui les aggravent, enfin à la nature du traitement qu'il faut employer pour les combattre.

4° Les exanthèmes ne se montrent qu'une fois pendant le cours de la vie. Une foule d'observations exactes viennent à l'appui de cette proposition, qui n'est généralement démentie que par quelques faits exceptionnels, et peu avérés pour la plupart.

5° Ils impriment souvent à la constitution des modifications fort notables; quelquefois ils procurent la guérison de maladies cutanées chroniques qui avaient résisté aux moyens ordinaires de traitement. J'ai pu le constater pour plusieurs cas de prurigo ou d'eczéma chronique, qui rebelles jusqu'alors aux traitements employés, ont disparu spontanément après la rougeole. Je rapprocherai de ces exemples un fait analogue, que j'ai observé en 1832, dans le service de Dupuytren, sur une jeune fille atteinte d'une brûlure profonde et presque générale. L'énorme plaie qui succéda à la chute des escarres mit plus de deux ans à se guérir, et dans les derniers mois un érysipèle, qui revenait régulièrement après trois ou quatre semaines, hâtait toujours beaucoup la cicatrisation, qui redevenait plus lente dans l'intervalle d'une éruption à la suivante.

6° Une des variétés les plus curieuses, sous le rapport de la pathologie, qu'on puisse observer dans un exanthème, c'est l'absence de toute éruption à la peau.

Un pareil assemblage de mots, *exanthema sine exanthemate*, peut paraître d'abord une contradiction aux yeux des personnes qui ne voient dans les exanthèmes qu'une maladie locale; mais cette opinion est aujourd'hui presque abandonnée, et il y a bien réellement des rougeoles, des varioles, des scarlatines sans éruption : les faits le prouvent, et la théorie permet d'en reconnaître la possibilité. C'est une chose incontestée maintenant, que jamais, ou presque jamais, dans les exanthèmes, l'intensité des phénomènes généraux n'est en rapport avec celle de l'éruption. On voit souvent une éruption très-abondante coïncider avec un mouvement fébrile peu marqué, et, par contre, une éruption fort discrète s'accompagner d'accidents très-graves. J'ai vu, en 1837, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jadioux, un jeune homme qui fut pris, sans cause connue, de céphalalgie, vomissements, agitation extrême, délire furieux, perte de la parole. Il avait été vacciné, avait eu dans son enfance la scarlatine, la rougeole. Ces renseignements éloignaient l'idée que l'invasion d'un fièvre éruptive pût occasionner de pareils accidents, et portèrent à croire à l'existence d'une méningite. Le malade fut saigné largement à plusieurs reprises; on lui appliqua des vésicatoires aux jambes et aux cuisses, et cependant son état s'aggravait; à la fin du troisième jour, une éruption de varicelle fort discrète (cinq boutons en tout) se développa sur les membres inférieurs, et tous les symptômes graves disparurent comme par enchantement. D'un cas semblable à un avortement complet de l'éruption, la différence est certainement fort légère.

J'ai dit que l'absence de l'éruption dans les exanthèmes avait été constatée pour la rougeole, la variole et la scarlatine; je ne m'occuperai que de cette dernière maladie, que j'ai plus spécialement étudiée. L'existence de la scarlatine sans éruption a été niée par l'auteur de l'article Scarlatine du *Dictionnaire des sciences médicales* (Janin de Saint-Just), qui écrivait sous l'influence de la doctrine de Broussais. Il réfute un peu cavalièrement une observation, irrécusable cependant, rapportée par Rosen de Rosenstein, qui, dans une épidémie de scarlatine développée au sein d'une famille, vit un jeune enfant plus heureux que ses frères échapper à l'éruption après avoir présenté la fièvre, les vomissements, l'angine, le délire, etc. L'auteur anonyme de l'article Scarlatine du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, traite de *baroque* l'idée des personnes qui ont cru à l'existence d'une scarlatine sans éruption chez des enfants qui, au lieu d'un épidémie, ont présenté tous les symptômes de la maladie, la rougeur à la peau exceptée. Mais que peuvent des idées préconçues contre l'expérience des siècles? Tous les grands praticiens qui ont donné des descriptions de scarlatine épidémique ont mentionné des cas dans lesquels la maladie existait bien réellement, quoique l'éruption eût manqué.

Fothergill, Huxham, ont observé des cas semblables en 1766. Rumsey en a vu en 1788, dans l'épidémie qui désola le comté de Buckingham. Stöll se demandait si la fièvre scarlatineuse sans éruption est aussi fréquente que la scarlatine sans angine.

Bateman fait de la scarlatine *sine exanthemate* la quatrième variété de cette maladie.

Dans la *Monographie des dermatoses* d'Alibert, on trouve seulement une courte observation qu'il emprunte à M. Chavassieu d'Audebert. Ce médecin traitait trois jeunes personnes atteintes à la fois de scarlatine. Une dame qui leur donnait des soins éprouva tous les symptômes, excepté l'éruption, qui fut chez elle remplacée par des sueurs abondantes. Alibert ajoute : « C'était là un véritable cas de scarlatine *sine scarlatinis*. »

M. Rayer (*Traité des maladies de la peau*) admet la variété établie par Bateman, et il ajoute qu'il ne lui a pas été donné de voir des cas semblables, parce que les maladies éruptives sont, en général, rares dans les hôpitaux d'adultes.

M. Guersent (article Scarlatine du *Dictionnaire de médecine*) a observé plusieurs fois la scarlatine sans éruption pendant des épidémies.

M. le professeur Trousseau (*Archives de médecine*, t. XXI, 1829), rapporte cinq cas de fièvre scarlatineuse sans éruption qu'il a vus pendant l'épidémie qui régnait à Villeroy. Il invoque à cette occasion l'autorité de M. Bretonneau, qui dit, dans ses leçons orales : « Souvent, dans le cours d'une épidémie de scarlatine, on voit se développer l'angine scarlatineuse sans qu'aucune éruption se montre à la surface de la peau. »

Dance (*Archives de médecine*, t. XXIII, 1830) rapporte un cas de scarlatine sans éruption que j'hésite à regarder comme tel, malgré l'autorité de M. Rayer, qui l'admet sans contesta-

tion. Le malade qui fait le sujet de cette observation fut atteint d'une angine intense avec délire, et succomba le sixième jour sans qu'on trouvât d'autres lésions anatomiques, qu'une congestion sanguine considérable de tous les viscères. Il n'est pas fait mention d'épidémie régnant à cette époque, et dès lors le diagnostic doit rester incertain.

MM. Cazenave et Schedel ne parlent pas de la quatrième variété admise par Bateman, dans leur ouvrage sur les maladies de la peau.

Les journaux anglais, particulièrement l'*Edinburgh journal*, les monographies allemandes publiées de nos jours, contiennent un très-grand nombre de fièvres scarlatineuses sans éruption.

Pendant le cours de mon internat à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai eu occasion d'observer une épidémie de scarlatine qui nous a présenté deux exemples de fièvre sans éruption. Je vais en faire succinctement l'histoire. En janvier 1835, la scarlatine se développa dans la famille du sieur Bissereau, tenant un hôtel garni rue des Grès-Sorbonne, et attaqua ses enfants, sans se communiquer aux étudiants qui habitaient la maison. La famille se composait du père, de la mère et de six enfants, deux filles, âgées, l'une de huit, l'autre de quinze ans, quatre garçons, de dix, treize, quatorze ans, et le plus jeune de six mois seulement. Ce dernier seul échappa à la maladie; il fut, vers la fin du mois de janvier, éloigné du foyer de contagion, et envoyé à la campagne.

La scarlatine se déclara d'abord chez Pauline, âgée de huit ans : elle tomba malade le 24 janvier; on l'apporta à l'hôpital le 26; la rougeur de la peau, l'angine, étaient intenses. Elle succomba le 29.

Le second attteint, fut Isidore, âgé de dix ans : il eut la fièvre sans éruption. Entré à l'hôpital le 20 janvier, il sortit le 25.

Le troisième, Adolphe, âgé de quatorze ans, eut une scarlatine très-marquée, avec angine forte, et une anasarque consécutive.

La quatrième, Marie, âgée de quinze ans, eut une éruption très-marquée.

Le cinquième, Hippolyte, eut une scarlatine sans éruption.

M. le docteur Baudelocque, chargé dans ce moment de la division des filles, et M. Baugrand, son interne, constatèrent la présence de la scarlatine sur les deux jeunes filles qui furent confiées à leurs soins; les trois garçons furent placés à la salle Saint-Jean, service de M. Bouneau, dont j'étais alors l'interne.

Obs. I. — Bissereau, Isidore, âgé de dix ans, robuste, bien portant d'ordinaire, tombe malade, sans cause connue, le 18 janvier. Il est pris de frissons, fièvre, douleurs vives à la tête, à la gorge, aux membres et aux reins; il a de l'agitation. Ces symptômes vont toujours croissant. On ne lui fait aucun traitement. On l'amène à l'hôpital le troisième jour de la maladie. Aucune éruption ne s'est développée. Le 20 janvier, l'enfant se plaint de courbature générale, de vives douleurs à la tête et à la gorge. Il n'a pas faim, boit souvent et avec difficulté; il ne va pas à la selle, et vomit des matières bilieuses; sa face est très-rouge; le pouls est plein, fort et fréquent (120); la peau brûlante et sans coloration anormale; la langue est très-rouge, lisse, hérissée de papilles; l'haleine très-odorante, scarlatineuse; les piliers du voile du palais, la luette, les deux amygdales, sont gonflés, d'un rouge brun, masqués en quelques points par une exsudation pultacée, blanchâtre; l'état de la poitrine et du ventre ne présente rien d'anormal.

Diagnostic. — Scarlatine. Pas de prescription.

Le 21, il s'agite la nuit; se trouve mieux le matin; n'a de douleur qu'à la gorge; boit beaucoup; la déglutition est fort gênée; le pouls descend à 112, toujours plein; la peau est chaude, sèche, sans éruption; la langue lisse, d'une teinte framboisée; les amygdales, la luette, rouges, gonflés.

Six sangsues au cou; application de chlorure de chaux au fond de la gorge; mauve, acétate d'ammoniaque, deux gros (8 grammes).

Du 22 au 24, on observe une amélioration progressive. L'enfant dort la nuit, est gai, bien éveillé le jour, n'accuse plus de douleur à la gorge, demande à manger, boit plus facilement; il n'a ni diarrhée ni constipation; le pouls tombe à 92; la peau est un peu sèche; mais moins chaude; la langue reste rouge et lisse; la coloration et le gonflement des amygdales ont diminué beaucoup.

L'enfant sort en bon état le 25. Sa convalescence n'est entravée par aucun accident; il n'y a chez lui ni desquamation ni œdème.

Obs. II. — Adolphe, âgé de quatorze ans, entre à l'hôpital le 27 janvier. Il est grand, robuste, bien constitué. Habituellement bien portant, il est tombé malade le 25 janvier au soir. Il a été pris subitement de fièvre avec frissons, vomissements bilieux, diarrhée, douleurs vives à la tête, à la gorge, lassitude générale. Le 26 et le 27, les symptômes ont persisté en s'aggravant. Aucune éruption n'a encore paru au moment de son admission à l'hôpital. Le pouls est fort et fréquent, la peau chaude et sèche, le pharynx et les amygdales très-rouges et tuméfiés.

Le 28 janvier, l'enfant dort peu la nuit, s'agite, sans sortir de son lit. Il se plaint de vives douleurs à la gorge et aux membres. Il a beaucoup de soif, boit avec une grande difficulté, ne vomit pas, va plusieurs fois à la selle en dévoiement. Le pouls bat cent vingt-quatre fois par minute; il est plein, régulier; la peau brûlante, et colorée partout d'un rouge écarlate; la langue, lisse, sèche; l'haleine fort odorante; les amygdales, la luette violacées, très-gonflés; le ventre souple, indolent.

(Mauve, acét. ammon. 8 grammes (deux gros); six sangsues au cou.)

Les sangsues coulent abondamment; la fièvre, le mal de gorge, la dysphagie, n'ont point diminué; l'éruption a pâli beaucoup.

Le 29, il s'agite beaucoup la nuit, est calme le matin, se plaint d'une douleur vive à la gorge, et boit avec beaucoup de peine; la diarrhée persiste; le pouls s'élève à cent trente; la peau est peu colorée; la langue rouge, lisse; les piliers du voile du palais, la luette, les amygdales très-gonflés; rouges, recouverts d'un enduit muqueux blanchâtre fort épais; il s'écoule de la bouche une salive jaunâtre, très-fétide.

(Ipécac., gr. xx (1 gramme); tartre stibié, 1 grain (5 centigrammes).

Il prend son vomitif en trois doses, vomit

abondamment des matières muqueuses, va plusieurs fois à la selle, et se plaint moins de la gorge, avale plus facilement : la fièvre n'a pas baissé.

(Application de chlorure de chaux sur les amygdales et le voile du palais.)

Le 30, il est un peu mieux, demande à manger, boit beaucoup, et la déglutition est moins gênée; la diarrhée n'augmente pas, le pouls tombe à cent seize; la peau est chaude; l'éruption s'est ranimée aux mains, aux avant-bras, au tronc. Dans quelques points, la teinte scarlatineuse est générale; dans d'autres, elle est inégale, et constituée par le rapprochement d'une foule de petits points rouges; la langue reste très-colorée, lisse, hérissée de papilles; la rougeur, la tuméfaction de l'arrière-gorge, ont diminué.

(Mauve, acét. ammon., deux gros (8 grammes); chlor. de chaux.)

Le 31, l'éruption pâlit; quelques vésicules de miliaire se développent sur le tronc; la déglutition est plus facile, la fièvre moindre; le malade rend à chaque instant une grande quantité d'urine troublée par du sang en suspension.

Le 1er février, il ne reste plus de trace de l'éruption que sur les côtés du cou et aux aines; l'angine diminue encore: la fièvre a cessé; la sécrétion des urines est toujours fort abondante; la langue est moins colorée; l'appétit renaît.

L'éruption a complétement disparu le 2 février. La desquammation commence le 9. L'enfant se trouve bien, n'a plus de fièvre ni de diarrhée; il mange avec appétit, digère bien; les urines, moins abondantes, restent toujours troubles.

L'angine a tout à fait cessé le 4 février.

Le 16, l'enfant se donne une indigestion.

Le 17, il tousse un peu, a de la diarrhée et de la fièvre; un œdème peu marqué paraît aux paupières; il s'étend, le 18, aux joues, puis aux membres inférieurs; enfin il devient général. Le 22, l'infiltration séreuse diminue; elle a cessé le 26. Le développement de l'anasarque est accompagné d'un œdème du poumon et d'une hydropéricarde. Râle sous-crépitant, palpitation, voussure de la région précordiale, battements du cœur sourds et tumultueux.

On combat ces accidents par le nitrate de potasse, de dix à trente grains, (5 à 15 décigrammes) six ventouses scarifiées, frictions de teinture de scille et de digitale.

L'enfant s'ennuie à l'hôpital et retourne chez lui le 26. Il se rétablit fort lentement.

Obs. III. — Hippolyte, âgé de treize ans, robuste, n'ayant jamais été malade, est pris, le 30 janvier au matin, de douleurs de tête, courbature, malaise général, dysphagie, vomissement bilieux : il s'agite toute la nuit. Ces symptômes persistent le 31, et on le conduit à l'hôpital dans la journée. Aucune éruption ne s'est manifestée.

Le 1er février, l'enfant a dormi la nuit; il est bien éveillé le matin, se plaint de mal à la tête et à la gorge; sa face est très-coloré. Il n'a pas faim, boit souvent, et avec difficulté; le pouls est plein, fréquent (cent vingt puls.), la peau, très-chaude, est le siége d'une vive démangeaison; la langue est rouge, lisse; les amygdales sont tuméfiées, violacées, recouvertes d'un enduit épais blanchâtre; l'état de la poitrine et du ventre n'offre rien d'anormal.

Diagnostic. — Scarlatine.

(Mauve, acét. ammon., 8 grammes (2 gros). Diète.; gargarisme chloruré.)

Le 2, la fièvre a diminué; pouls, cent huit; l'enfant ne souffre qu'à la gorge; la langue est rouge, lisse; les amygdales toujours tuméfiées, surtout la gauche; la chaleur, la démangeaison à la peau, persistent.

(Six sangsues au cou, garg. chlorur.)

Le 3, la fièvre a cessé; la langue est plus pâle; les amygdales toujours volumineuses : trois selles en diarrhée.

Du 4 au 6, aucun accident ne survient; la dysphagie, la douleur de gorge, diminuent; les amygdales restent un peu volumineuses; la démangeaison n'existe plus. L'enfant sort le 6 février; il n'éprouve chez lui ni desquamation, ni œdème.

Il n'est point douteux que si les deux enfants qui font le sujet des observations première et troisième avaient été traités isolément et en l'absence de leurs frères et sœurs; si l'on n'avait pas eu connaissance de l'épidémie de scarlatine qui régnait alors dans leur famille, on n'aurait pu soupçonner la nature scarlatineuse de leur maladie, et on aurait vu là une angine intense, mais simple. Mais, au milieu d'un foyer de contagion, ils éprouvent des prodromes en tout semblables aux symptômes éprouvés par ceux qui présentent l'éruption. Tout, chez eux, annonce une scarlatine; on s'attend à voir paraître l'éruption, et elle manque. N'en ont-ils pas moins eu la scarlatine?

Mon ami, M. le docteur Scellier, a eu l'obligeance de me communiquer un fait semblable, qu'il vient d'observer pendant le mois de juin dernier, dans une famille à laquelle il donne des soins depuis fort longtemps.

La famille se compose du père, de la mère et des deux enfants. M. Scellier a reçu ces derniers au moment de leur naissance, les a soignés dans toutes leurs maladies. Il ont été vaccinés, ont eu tous deux la rougeole, et n'ont jamais été atteints d'autres maladies éruptives.

Le 16 juin 1839, M. Scellier fut appelé pour soigner l'aîné de ces enfants, âgé de huit ans. Il était tombé malade la veille sans cause connue. Il avait été pris de céphalalgie, courbature, douleur à la gorge, vomissements. M. Scellier, lui trouvant une fièvre vive, la langue rouge, scarlatineuse, les amygdales gonflées, violacées, crut pouvoir annoncer une éruption de scarlatine. Le lendemain, la fièvre, la rougeur de la langue, le gonflement et la teinte violette de la gorge, augmentèrent; aucune éruption n'eut lieu. Une application de six sangsues fut faite au cou. Le quatrième jour, la fièvre diminua; le gonflement des amygdales, la rougeur de la langue persistaient. Les jours suivants, la fièvre et le gonflement de la gorge disparurent peu à peu; la langue seule conserva longtemps sa teinte scarlatineuse. L'enfant ne présenta jamais d'éruption, de démangeaison à la peau, de desquamation, ni d'anasarque.

Le 20 juin, le jeune frère, âgé de cinq ans, fut pris des mêmes symptômes : fièvre, douleurs à la tête et à la gorge, courbature, vomissements, rougeur de la langue, tumé-

faction des amygdales. Le 23, une éruption de scarlatine très-marquée se développa, augmenta le 24, et commença à pâlir le 25. La desquamation s'établit, et dans les premiers jours juillet, l'enfant fut pris d'une anasarque générale.

M. Scellier, qui voit chaque jour un grand nombre de malades, et qui, depuis dix-huit ans, suit assidûment les visites de l'hôpital des Enfants-Malades, n'hésite pas à voir une scarlatine sans éruption dans le premier de ces deux cas. Je partage entièrement son opinion.

TAUPIN. D. M. P.

Mémoire sur les moyens de s'assurer que l'arsenic obtenu des organes où il a été porté par absorption, ne provient pas des réactifs, ni des vases employés à la recherche médico-légale de ce poison.

En décrivant dans un autre premier mémoire le procédé qui me paraissait le plus propre à faire découvrir les traces de l'acide arsénieux que pourraient contenir nos organes et le sang, j'ai particulièrement recommandé de s'assurer, avant de rechercher ce poison, si les réactifs dont on devait se servir n'en renfermaient point. On conçoit en effet combien les résultats de l'analyse seraient peu concluants pour démontrer l'existence de l'acide arsénieux, si quelques-uns des matériaux que l'on emploie pour faire cette analyse délicate contenaient une préparation arsenicale, et combien pourraient être terribles les conséquences d'une expertise qui établirait que l'arsenic provient du cadavre que l'on examine, alors qu'il aurait été fourni par des réactifs mis en usage. Il suffira d'annoncer que l'acide sulfurique et le zinc du commerce renferment quelquefois de l'arsenic, pour justifier l'importance que j'attache à traiter ce sujet avec détail.

Je vais successivement examiner les divers réactifs et les vases qu'il est nécessaire d'employer dans les procédés que j'ai déjà fait connaître et dans celui que je décrirai dans mon prochain mémoire. Ces matériaux sont les acides sulfurique et azotique, la potasse à l'alcool, l'azotate de potasse (nitre), l'eau, le fer et le zinc. Les instruments sont les chaudières en fonte, les capsules de porcelaine, les creusets de Hesse, les flacons, les tubes et les verres à expérience.

De l'acide sulfurique.

Le soufre qui sert à la préparation de l'acide sulfurique étant quelquefois arsénifère, il n'est pas étonnant que certains acides du commerce renferment une préparation arsenicale. *Vogel* (de Munich), *Vackenroder* et *Berthels* se sont déjà occupés de ce sujet. Le premier de ces chimistes a conclu d'un grand nombre d'expériences :

1° Que l'acide sulfurique fumant d'Allemagne ne contient pas d'arsenic, mais que l'acide sulfurique concentré, provenant des chambres de plomb, en renferme plus ou moins;

2° Que l'acide sulfurique distillé est parfaitement exempt d'arsenic, et que celui-ci se trouve *en totalité* dans le résidu de la distillation;

3° Que l'arsenic est toujours contenu dans l'acide sulfurique à l'état d'acide arsénieux. (*Journal de Pharmacie*, juin 1835.)

Vackenroder pense au contraire que l'acide sulfurique arsenical ne peut pas être séparé de l'arsenic qu'il renferme par la distillation, et qu'il faut recourir à un autre procédé pour le priver de ce métal. *Berthels* partage cette opinion, et indique le sulfate de fer comme pouvant opérer la séparation dont il s'agit (*Répertoire de Chimie*, tome 1er, pag. 148).

Les nombreuses expériences que j'ai tentées à ce sujet me permettront, j'espère, de mieux exposer que ne l'ont fait ces chimistes tout ce qui se rattache à cette question. Voici les points sur lesquels je vais attirer l'attention des lecteurs :

1° L'acide sulfurique arsenical renferme-t-il de l'acide arsénieux, de l'acide arsénique ou un mélange de ces deux acides?

2° Peut-on reconnaître que l'acide sulfurique est arsenical?

3° Est-il possible de priver cet acide de l'arsenic qu'il contient.

4° Quelles sont les méprises auxquelles pourrait donner lieu l'emploi de l'acide sulfurique arsenical dans les recherches médico-légales relatives à l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

A. *L'acide sulfurique arsenical renferme-t-il de l'acide arsénieux, de l'acide arsénique, ou un mélange de ces deux acides.*

Expérience première. — Lorsqu'on distille avec soin une once (30 grammes) d'acide sulfurique *pur* dans lequel on a préalablement fait dissoudre un centigramme (environ un cinquième de grain) d'acide arsénieux finement pulvérisé, si l'on évite les soubresauts, et que l'on ne recueille que les cinq sixièmes de la liqueur, celle-ci renfermera de l'acide arsénieux : car, après l'avoir saturée par la potasse à l'alcool, il suffira de l'introduire dans l'appareil de Marsh, avec de l'eau, du zinc et de l'acide sulfurique *pur*, et d'enflammer le gaz hydrogène, pour obtenir des *taches arsenicales nombreuses.*

Si l'on répète l'expérience avec quatre milligrammes seulement d'acide arsénieux (un douzième de grain environ), il se déposera encore sur la capsule de porcelaine quelques petites taches arsenicales, tandis qu'on n'obtiendrait pas ce résultat si la proportion d'acide arsénieux ne s'élevait pas au delà de deux milligrammes (1/24 de grain).

A la vérité, la majeure partie de l'acide arsénieux employé restera dans la cornue en partie dissous dans l'acide sulfurique non volatilisé, en partie à l'état solide.

Vogel (de Munich) s'est donc trompé lorsqu'il a annoncé d'une manière absolue que le liquide obtenu dans le récipient, après avoir distillé de l'acide sulfurique arsenical, ne renfermait jamais d'arsenic.

Expérience deuxième.— Si au lieu de distiller les mélanges dont je parle on les chauffe dans un creuset de platine, il se dégage d'abondantes vapeurs blanches d'acide sulfurique et d'acide arsénieux, et il ne reste dans le creuset aucune trace de ce dernier.

Expérience troisième. — Que l'on distille avec précaution une once (30 grammes) d'acide sulfurique *pur* préalablement mélangé avec un centigramme d'acide *arsénique* solide (environ un cinquième de grain), le liquide recueilli dans le récipient, saturé par la potasse à l'alcool et mis dans l'appareil de Marsh, ne donnera aucune trace d'arsenic, tandis que la portion restant dans la cornue, si elle est dissoute dans l'eau et introduite dans le même appareil, fournira une quantité prodigieuse de taches arsénicales.

Expérience quatrième.— Si, au lieu de distiller ce mélange, on le chauffe dans un creuset de platine ouvert ou fermé, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus des vapeurs d'acide sulfurique, l'acide arsénique restera dans le creuset sous forme d'une poudre blanche, très soluble dans l'eau chaude. Les résultats seraient les mêmes si l'on faisait rougir le creuset pendant une demi-heure, après la volatilisation complète de l'acide sulfurique. Il n'en serait pas ainsi en substituant au creuset de platine un creuset de Hesse, car alors l'acide arsénique se combinerait avec la matière du creuset et ne se dissoudrait plus dans l'eau bouillante.

Expérience cinquième. — Lorsqu'on traite à une douce chaleur de l'arsenic métallique par de l'acide azotique étendu d'eau, le métal se transforme en acide *arsénique* et en acide *arsénieux*, comme l'a prouvé Ampère.

Expérience sixième. — Si l'on introduit dans trois flacons remplis de gaz acide sulhydrique, savoir : dans l'un une once (30 grammes) d'acide sulfurique *distillé* étendu de cinq onces (155 grammes) d'eau et tenant un centigramme (1/5 de grain) d'acide *arsénieux* en dissolution ; dans un autre la même quantité d'acide sulfurique et d'eau, dans lesquels on aura préalablement fait dissoudre un centigramme (1/5 de grain) d'acide *arsénique*, et dans le troisième une once (30 grammes) d'acide sulfurique *distillé* et mélangé avec cinq onces (155 grammes) d'eau, on verra que celui-ci blanchit presque aussitôt, se trouble et ne *jaunit* pas même au bout de quarante-huit heures ; c'est qu'en effet il ne se dépose que du soufre. Le liquide contenant l'acide *arsénique* blanchit d'abord comme le précédent, puis *jaunit* au bout de trois ou quatre heures, et finit par laisser déposer du *sulfure jaune d'arsenic* mêlé de soufre. Le mélange d'acide sulfurique, d'eau et d'acide arsénieux, au contraire, donne *à l'instant même* un précipité *jaune* de sulfure d'arsenic et de soufre. On s'assure de la présence du sulfure d'arsenic en recueillant le précipité sur un filtre, en le lavant à plusieurs reprises avec de l'eau, puis en le traitant sur le filtre même par de l'eau très-légèrement ammoniacale qui dissout principalement le sulfure ; il suffit alors de saturer l'eau ammoniacale par quelques gouttes d'un acide fort pour précipiter le sulfure d'arsenic.

Expérience septième. — L'acide sulfurique *arsénical*, dit *anglais*, fabriqué dans des chambres de plomb, s'il est étendu de cinq ou six parties d'eau et mis en contact avec le gaz acide sulfhydrique, donne *promptement* un précipité de soufre et de sulfure d'arsenic, comme le ferait un mélange d'acide sulfurique *pur* étendu d'eau, au même degré, et d'acide *arsénieux* (Vogel).

Conclurons-nous de ces expériences qu'il n'existe que de l'acide *arsénieux*, dans l'acide *arsénique*, dans l'acide sulfurique arsenical, comme l'a dit Vogel (de Munich)? ou bien admettrons-nous que l'arsenic s'y trouve à la fois à l'état d'acide arsénieux et d'acide arsénique? J'adopterai de préférence cette dernière opinion, parce que s'il est démontré, par les faits déjà énoncés, que l'acide arsenical contient de l'acide arsénieux, il ne me paraît pas moins certain qu'il renferme de l'acide arsénique, d'après les considérations suivantes :

1° Dans le mode actuel de fabrication de l'acide sulfurique, l'arsenic qui peut se trouver dans le soufre, est en contact pendant longtemps avec de l'acide azotique et de l'acide azoteux : or, il résulte de l'expérience cinquième que, par suite de l'action de l'acide azotique sur l'arsenic il se produit à la fois de l'acide arsénique et de l'acide arsénieux.

2° Pendant la fabrication de l'acide sulfurique arsenical, il se forme, suivant Vogel, de l'acide arsénique, puisqu'il dit avoir constaté la présence de l'arséniate de potasse dans l'eau-mère surnageant les cristaux de sulfate acide de potasse produit dans les chambres de plomb; il n'est guère possible d'admettre qu'il reste de l'arséniate de potasse dans cette eau-mère, sans qu'une partie de cet arséniate ait été décomposée par l'acide sulfurique, et que de l'acide arsénique ait été mis à nu.

Objectera-t-on que l'acide sulfurique arsenical, étendu d'eau et traité par le gaz acide sulfhydrique, s'est comporté comme l'aurait fait de l'acide sulfurique tenant de l'acide arsénieux en dissolution. (V. expérience septième). Nous ne contesterons pas le fait, mais nous répondrons que l'expérience citée ne prouve pas que l'acide examiné ne contînt, outre l'acide arsénieux, une certaine proportion d'acide *arsénique*.

Il semblerait au premier abord que l'on pourrait aisément décider la question, en distillant trois ou quatre livres (1,500 à 2,000 grammes) d'acide sulfurique arsénical jusqu'à réduction d'une ou de deux onces (30 à 60 grammes), en saturant par la potasse à l'alcool la matière restant dans la cornue, et en déterminant si le produit formé contient à la fois de l'arséniate et de l'arséniate de potasse. Mais il se présente des difficultés de plus d'un genre, qui ne permettent pas d'accorder à cette expérience toute la valeur qu'elle semblerait avoir au premier abord. En effet, si l'acide sulfurique arsenical sur lequel on opère contient de l'acide nitrique, et cela n'est pas rare, cet acide transformera l'acide arsénieux en acide *arsénique* pendant l'ébullition ; si l'acide sulfurique arsénical a été complétement privé d'acide nitrique, en le faisant bouillir sur du soufre lavé et pur, il pourrait contenir un peu d'acide sulfureux, et nous savons par les expériences de M. Lassaigne qu'à la température à laquelle bout l'acide sulfurique, l'acide arsénique est ramené à l'état d'acide *arsénieux* par l'acide sulfureux.

Toutefois je regrette de n'avoir pas pu me procurer de l'acide sulfurique *suffisamment* arsenical pour tenter de résoudre, par des expériences directes faites avec soin, un problème que je regarde du reste comme suffisamment éclairé par les faits énoncés plus haut.

B. *Peut-on reconnaître que l'acide sulfurique est arsénical?*

Expérience huitième. — Si la proportion d'arsenic *n'est pas trop faible*, on introduira dans un flacon de la capacité d'un litre, rempli de gaz sulfhydrique, trois onces (100 grammes) d'acide sulfurique préalablement mélangé avec douze ou quinze onces (380 à 470 grammes) d'eau ; à l'instant même la liqueur deviendra opaline, et ne tardera pas à offrir une teinte jaunâtre ; au bout d'un certain temps, il se sera déposé du sulfure d'arsenic jaune mêlé d'un peu de soufre ; ce précipité séparé du liquide par la décantation, et traité par une assez grande quantité d'eau pure pour le débarrasser de la presque totalité de l'acide, sera ramassé sur un filtre et lavé à plusieurs reprises avec une once environ (30 grammes) d'eau ammoniacale composée de dix parties d'eau et d'une partie d'ammoniaque liquide, que l'on fera passer trois ou quatre fois sur le dépôt, afin de dissoudre tout le sulfure d'arsenic. La liqueur ammoniacale, si elle est saturée par de l'acide nitrique pur, abandonnera le sulfure d'arsenic. *Un demi-milligramme* (1/100 de grain) d'acide arsénieux, dissous dans soixante-dix grammes (2 onces 1/4) d'acide sulfurique *pur* étendu de dix onces (300 grammes) d'eau, fournira, après deux ou trois heures de contact, une petite quantité de sulfure d'arsenic, suffisante cependant pour qu'on puisse la reconnaître en décomposant par l'acide nitrique pur, et en l'introduisant dans l'appareil de Marsh.

Si au lieu d'agir avec l'acide sulfurique étendu d'eau on employait l'acide concentré, l'expérience marcherait plus vite ; mais alors il faudrait bien se garder de conclure que l'acide est arsenical par cela seul qu'il se produirait un précipité blanc laiteux, mélangé de *points jaunes*, car l'acide sulfurique concentré pur se comporte ainsi avec le gaz acide sulfhydrique il faudrait absolument étendre l'acide d'eau, le filtrer et traiter le précipité par l'eau ammoniacale afin de prouver que ces points jaunes sont formés par du soufre et non par du sulfure d'arsenic.

En essayant par l'acide sulfhydrique bon nombre d'échantillons d'acide sulfurique du commerce *non distillé* et contenant du sulfate de plomb, j'ai constamment obtenu des précipités assez abondants de couleur jaune, tirant un peu sur le brun, bien différents de celui que donne l'acide sulfurique *distillé*, ne tenant que de l'acide arsénieux en dissolution; ces précipités, qui au premier abord auraient pu faire croire que les acides dont je parle contenaient une quantité notable d'arsenic, étaient formés par du soufre, par du sulfure de plomb, et quelquefois par une très-petite quantité de sulfure d'arsenic ; il suffisait, en effet, de les traiter par de l'eau ammoniacale pour dissoudre ce dernier sulfure et pour qu'il restât sur le filtre un mélange brun de soufre et de sulfure de plomb.

Expérience neuvième. — Si la portion d'arsenic que renferme l'acide sulfurique est *plus faible*, on la décèlera par le procédé suivant :

On en introduira une once (30 grammes) dans un appareil de Marsh contenant du zinc et trois litres d'eau environ ; le gaz hydrogène produit, étant enflammé, brûlera avec une flamme assez faible pour que l'arsenic puisse se déposer sur la capsule de porcelaine aisément et sous forme de taches brillantes ; s'il en est ainsi, on peut être certain que l'acide sulfurique contient un acide arsenical ; j'avouerai que je n'ai pas encore eu l'occasion d'examiner un acide du commerce renfermant autant d'arsenic, et que pour obtenir le résultat que j'indique j'ai été obligé d'ajouter à l'acide sulfurique une préparation arsenicale soluble. Lorsqu'on mélange un *cinquième de milligramme* (1/250 de grain) d'acide arsénieux dissous, avec huit grammes (2 gros) d'acide sulfurique *pur*, et que l'on fait agir l'acide sur de l'eau et du zinc dans un petit appareil, on ne tarde pas à obtenir plusieurs taches arsénicales brillantes assez foncées, pourvu que la flamme soit faible, et que l'extrémité du tube touche la capsule de porcelaine ; tandis qu'en plaçant le même mélange étendu de quatre ou cinq fois son volume d'eau, dans un flacon rempli de gaz acide sulfhydrique, c'est à peine si la liqueur se trouble ; il est vrai qu'après deux ou trois jours il se dépose un précipité blanc offrant une teinte *légèrement* jaunâtre ; mais il serait impossible en traitant ce précipité par de l'eau ammoniacale de dissoudre assez de

sulfure d'arsenic pour pouvoir le caractériser. Pour qu'il en soit ainsi, il faut employer presque un *demi-milligramme* (1/100 de grain) d'acide arsénieux, et attendre encore plusieurs jours afin de ramasser tout le dépôt, et s'assurer qu'il renferme réellement du sulfure d'arsenic.

Il n'était pas sans intérêt de savoir jusqu'à quel point l'appareil de Marsh conserverait cet avantage réel sur le gaz acide sulfhydrique pour reconnaître l'acide arsénieux qui aurait été mélangé avec des matières organiques. A cet effet j'ai carbonisé par l'acide nitrique pur et concentré la moitié d'un foie humain. Le charbon avait été obtenu à l'aide d'une quantité d'acide insuffisante pour détruire la presque totalité de la matière organique, en sorte qu'il était encore sensiblement animalisé ; je l'ai fait bouillir pendant une heure avec une livre et demie (750 grammes) d'eau, et j'ai partagé la liqueur filtrée et acide en deux parties égales, dans chacune desquelles j'ai introduit un *demi-milligramme* (1/100 de grain) d'acide arsénieux dissous; l'une de ces portions, mise dans l'appareil de Marsh, n'a pas tardé à déposer sur la capsule de porcelaine des taches arsenicales *nombreuses*, petites, brunes et brillantes. L'autre portion, après avoir été légèrement acidulée par l'acide chlorhydrique, a été placée dans un grand flacon rempli de gaz acide sulfhydrique; il s'est formé au bout de plusieurs heures un précipité rouge-brun que l'on a séparé et lavé par décantation. Deux jours après, j'ai traité, à plusieurs reprises, ce précipité par l'eau ammoniacale, et après avoir saturé l'ammoniaque par l'acide nitrique, j'ai décomposé à chaud et par le même acide la matière nouvellement précipitée ; le produit desséché contenait une si faible proportion d'acide arsénique, qu'en le dissolvant dans l'eau et en introduisant la liqueur dans l'appareil de Marsh, il m'a été impossible d'obtenir *une seule tache colorée* ; il ne s'est déposé sur la capsule qu'un petit nombre de taches *blanches*, pour la plupart opaques et dont *quelques-unes* étaient légèrement brillantes.

Expérience dixième. — Si la proportion d'arsenic contenu dans l'acide sulfurique est *trop faible* pour ne pouvoir pas être décelée comme il vient d'être dit, il serait possible qu'on la découvrît en versant quinze ou vingt gouttes d'acide azotique *pur* dans un appareil de Marsh, de la capacité d'un litre, et qui contiendrait déjà du zinc, de l'eau et une once (30 grammes) d'acide sulfurique arsenical; à l'instant même l'effervescence diminuerait et ne tarderait pas à s'arrêter, le zinc noircirait, la liqueur s'éclaircirait; et il faudrait, si l'on voulait obtenir assez de gaz hydrogène pour l'enflammer, ajouter six gros, une once ou une once et demie (24, 30, 50 grammes) de l'acide sulfurique que l'on essaie ; il se pourrait qu'alors l'hydrogène déposât de l'arsenic sur la capsule.

Expérience onzième. — Si l'acide est encore moins arsenical, il faudra saturer cinq ou six onces (160 à 200 grammes) de potasse à l'alcool dissoute dans une livre (500 grammes) d'eau, par la quantité nécessaire de l'acide que l'on examine (environ quatre onces et demie) (140 grammes), laisser déposer le sulfate de potasse formé, filtrer la liqueur, laver le sel qui restera sur le filtre et introduire le liquide filtré dans un flacon avec du zinc et du même acide sulfurique. Lors même que celui-ci ne contiendrait que fort peu d'acide arsénique ou arsénieux, l'hydrogène qui se dégagera déposerait sur la capsule quelques taches arsenicales pourvu que la flamme fût bonne.

On voit aisément que dans ces divers procédés on cherche à augmenter de plus en plus la quantité d'acide sulfurique arsénical qui est introduite dans l'appareil, par la raison toute simple qu'il y a dans quatre onces (120 grammes) de cet acide quatre fois autant d'arsenic que dans une once (30 grammes), et que par conséquent l'arsenic, qui n'aurait pas apparu quand on n'a employé qu'une once (30 grammes) d'acide sulfurique, peut se montrer quand on en a mis quatre onces (120 grammes) dans l'appareil.

Expérience douzième. — Admettons enfin que l'acide contienne une si minime proportion d'acide arsenical, qu'il soit impossible de le déceler par les moyens indiqués ; il faudrait alors distiller en deux fois trois ou quatre livres (1,500 à 2,000 grammes) d'acide sulfurique, et arrêter l'opération dès qu'il ne resterait dans la cornue qu'une demi-once environ de liquide ; en saturant celui-ci par la potasse à l'alcool, en traitant par l'eau et en filtrant, on obtiendrait une liqueur, qui, étant mise dans l'appareil de Marsh avec de l'eau et du zinc, fournirait du gaz hydrogène arsénié.

C. *Est-il possible de priver l'acide sulfurique arsenical de l'arsenic qu'il contient?*

Expérience treizième. — On prive l'acide sulfurique du commerce des acides arsenicaux qu'il renferme, en le versant dans un grand flacon rempli de gaz acide sulfhydrique et en bouchant le flacon. Au bout de vingt-quatre heures, il se sera déposé un précipité de soufre blanchâtre et de sulfure d'arsenic jaune; ce dernier résultera de l'action du gaz sur les acides arsénique et arsénieux. On filtrera le liquide à travers un petit tampon d'amiante, placé d'une manière serrée dans le bec d'un entonnoir; le soufre et le sulfure d'arsenic resteront sur l'amiante et formeront deux couches de couleur différente, l'une très-soluble dans l'eau ammoniacale, et l'autre à peine soluble dans ce véhicule. La liqueur filtrée, limpide au moment où elle tombe dans le verre, deviendra bientôt laiteuse par suite de l'action de l'air sur l'excès de l'acide sulfhydrique qu'elle renferme; on la fera bouillir pendant quelque minutes pour volatiliser et décomposer le restant d'acide sulfhydrique, puis on la distillera dans un appareil composé d'une cornue et d'un récipient. L'acide sulfurique ainsi

distillé ne fournira plus de taches arsénicales, lorsqu'on introduira plusieurs onces dans l'appareil de Marsh, après l'avoir saturé par la potasse à l'alcool. Il n'en serait pas de même, si, comme l'avait prescrit M. Vogel, on s'était borné à distiller l'acide sulfurique arsenical du commerce, et que celui-ci eût renfermé au moins quatre milligrammes (1/12 de grain) d'acide arsénieux par once (30 grammes) d'acide; constamment alors l'acide distillé contiendrait plus ou moins d'acide arsénieux.

Berthels a proposé de recourir à un autre moyen pour séparer l'acide arsénieux de l'acide sulfurique. On prendra, dit-il, cinq parties d'eau distillée, auxquelles on ajoutera une partie d'acide sulfurique concentré et on abandonnera le mélange au repos. En hiver, on le placera pendant huit à douze jours dans une chambre chaude; dans l'été, on l'exposera aux rayons solaires, et l'on ne tardera pas à s'apercevoir que l'acide arsenical s'est combiné avec l'oxyde de fer précipitant, et qu'il s'est formé un précipité d'un jaune brun, qu'on séparera par la filtration. (*Répertoire de Chimie*, t. 1er, p. 149.)

J'ai à plusieurs reprises dissous un centigramme (1/5 de grain) d'acide arsénieux dans deux onces d'acide sulfurique pur étendu comme il vient d'être dit, et j'ai ajouté deux, trois ou quatre grains (10, 15, ou 20 centigrammes) de protosulfate de fer; les flacons bien remplis et bien bouchés ont été exposés au soleil sur un toit pendant quinze à vingt jours (dans le mois de juin); il s'est déposé, en effet, un très-petit nombre de flocons d'un brun rougeâtre excessivement légers, mais la liqueur filtrée fournissait une énorme quantité de taches arsenicales, larges, brillantes et foncées.

J'ai répété souvent l'expérience en substituant l'acide sulfurique concentré, à l'acide étendu; dans ces cas, il n'a pas tardé à se déposer un précipité blanc, qui doit être du sulfate de fer anhydre, et la liqueur retenait la presque totalité, sinon la totalité, de l'acide arsénieux.

Le procédé de Berthels est donc loin de valoir celui que j'ai proposé pour séparer l'acide arsénieux que pourrait contenir l'acide sulfurique.

D. *Quelles sont les méprises auxquelles pourrait donner lieu l'emploi de l'acide sulfurique arsenical dans les recherches médico-légales, relatives à l'empoisonnement par l'acide arsénieux.*

On pourra juger de ces méprises par les faits suivants :

1° Si l'on dissout cinq ou six onces (150 à 200 grammes) de potasse à l'alcool dans l'acide sulfurique *arsenical* du commerce étendu d'eau, de manière à ce que la liqueur soit sensiblement acide, si l'on fait évaporer jusqu'à ce que la majeure partie du sulfate de potasse formé soit cristallisée, on obtiendra une eau-mère qui, étant placée dans un flacon de la capacité d'un litre avec du zinc et de l'eau, donnera du gaz hydrogène *arsénié*, que l'on enflammera et qui déposera sur une capsule froide, si toutefois la flamme n'est pas trop forte, plusieurs taches arsenicales, brillantes, d'un brun plus ou moins foncé ou jaunâtre. Quelquefois cependant les taches arsenicales n'apparaissent qu'autant que l'on introduit aussi dans l'appareil de Marsh une petite quantité d'acide azotique. En employant de l'acide sulfurique purifié au lieu d'acide arsenical du commerce, n n'obtiendra rien de semblable.

2° Si l'on substitue à la potasse à l'alcool, de l'azotate de potasse cristallisé du commerce ou le même sel pur préparé avec de la potasse à l'alcool et de l'acide azotique rectifié sur de l'azotate d'argent ou de l'azotate de soude cristallisé, *les résultats seront les mêmes, mais beaucoup plus sensibles*, parce qu'il aura fallu employer une plus grande quantité d'acide sulfurique pour décomposer ces azotates, que pour saturer la potasse à l'alcool. En effet, les sels dont nous parlons exigent pour être complétement privés d'acide azotique, qu'on les fasse bouillir pendant une heure au moins avec une assez forte proportion d'acide sulfurique, et jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de gaz acide azoteux ni d'odeur nitrique. L'acide sulfurique *purifié*, substitué à l'acide arsenical, ne produit rien de semblable.

3° Si l'on triture dans un mortier deux ou trois onces (60 à 100 grammes) de gélatine sèche et trois, cinq ou sept onces (100, 150, 225 grammes) d'azotate de potasse cristallisé, ou bien si l'on mêle plus intimement ces matières en les dissolvant dans l'eau et en évaporant la liqueur jusqu'à siccité, on verra, en faisant brûler le produit par petites parties, dans un creuset de Hesse chauffé au rouge vif, que la cendre obtenue, traitée dans une capsule de porcelaine, par un excès d'acide sulfurique *arsenical* à la température de l'ébullition, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus d'odeur nitrique, fournira une liqueur acide qui, après avoir été en partie saturée par la potasse à l'alcool donnera dans l'appareil de Marsh des taches *arsénicales* d'autant plus nombreuses et intenses que l'on aura employé plus de nitre et par conséquent *plus d'acide sulfurique*. En substituant l'acide sulfurique *purifié* à l'acide arsenical, on n'obtiendra aucune trace d'arsenic.

4° Si au lieu d'agir avec la gélatine sèche on mêle avec une quantité suffisante de nitre le produit du *décoctum* des membres ou d'un organe quelconque du cadavre d'un individu *non empoisonné* par l'arsenic, les résultats seront les mêmes, c'est-à-dire qu'à la fin de l'expérience on obtiendra l'arsenic métallique *qu'aura fourni l'acide arsenical* et que l'on serait tenté d'attribuer à tort à un empoisonnement.

Il était permis de se demander après de pareils résultats, si l'arsenic normal dont M. Couerbe et moi avons annoncé l'existence dans les os s'y trouve réellement; en effet, nous avions été conduits à conclure que les os contiennent un composé arsenical, parce qu'en

soumettant à l'action de l'appareil de Marsh un grand nombre d'échantillons de phosphate acide de chaux *mielleux*, pris dans divers laboratoires ou dans plusieurs fabriques de produits chimiques, nous avions *constamment* retiré de l'arsenic; mais ce phosphate étant toujours préparé avec des os calcinés et de l'acide sulfurique du commerce, ne devions-nous pas craindre que l'arsenic ne provînt plutôt de l'acide sulfurique des os.

Les nombreuses expériences auxquelles je me suis livré en employant de l'acide sulfurique pur ne laisseront, j'espère, aucun doute sur l'existence d'un composé arsenical dans le tissu osseux.

ORFILA.

Doyen de la faculté de médecine de Paris.

(La suite au prochain numéro.)

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Mémoire sur la fièvre typhoïde, sur les diverses formes qu'elle peut présenter, et sur le traitement qui leur est applicable; par J.-B. de Larroque.

De la fièvre typhoïde, de sa nature et de son traitement; par J. Gaussail.

Nous réunissons ces deux mémoires pour en faire l'analyse, car ils ont été composés dans le même but, celui de répondre aux questions posées par la société royale de médecine de Toulouse; 1° *la fièvre typhoïde est-elle une maladie particulière, ou bien une forme ou une complication de certaines maladies?* 2° *Indiquer le traitement de la fièvre typhoïde dans les diverses formes qu'elle peut présenter?*

Nous allons insister particulièrement sur le premier mémoire, celui de M. de Larroque, parce qu'il nous a paru donner la solution de questions importantes, surtout sous le point de vue thérapeutique. Il a provoqué plusieurs travaux intéressants et utiles, des discussions animées, souvent pleines de fiel et de critique amère, où la dignité de l'Académie a quelquefois été compromise, mais qui n'ont pas moins fait ressortir l'excellence des opinions de M. Larroque sur le traitement de la fièvre typhoïde. En présence des résultats dont nous avons été nous-mêmes les témoins, nous n'hésitons pas à choisir entre deux méthodes rivales. Il faut le dire avec franchise et sans arrière-pensée, le traitement fût-il humoriste et empirique, peu importe, c'est la méthode qui guérit le plus que nous devons proclamer la meilleure, c'est donc un service éminent que de M. Larroque a rendu, je ne dirai pas à la science mais à l'humanité, lorsqu'il a été conduit par voie d'induction à proposer les évacuants dans l'affection typhoïde. Et en effet ce praticien, dont l'autorité fait foi, n'agissait pas en aveugle; soit que cette médication purgative découlât du principe qu'il avait posé, soit qu'elle fût en harmonie avec des doctrines moins hypothétiques, ne nous étonnons pas que M. de Larroque ait persisté dans l'emploi de sa méthode; elle devait lui paraître essentiellement rationnelle, fondée sur la connaissance de la cause du mal.

Quelle est donc la cause de l'affection typhoïde? Quels sont les phénomènes généraux qui la constituent?

Tous les symptômes typhoïdes émanent d'après M. de Larroque, *de l'état saburral des premières voies*. Voici la théorie qu'il dit lui-même avoir empruntée à Stoll: Ce grand médecin croyait qu'il se faisait dans cette maladie une sécrétion abondante de bile, et que cette bile devenue acrimonieuse et putride exerçait d'une part une action désorganisatrice sur l'intestin, de l'autre introduisait l'infection et le désordre dans l'organisme, en pénétrant et se répandant dans le système circulatoire. — C'est une doctrine qui ne manque pas de quelque probabilité, mais qui repose cependant sur trop d'hypothèses pour que nous nous hasardions de l'accepter. Toutefois il est bon de faire remarquer que plusieurs auteurs, MM. Andral et Bouillaud entre autres, ont constaté dans la fièvre typhoïde une surabondance de la bile sur la muqueuse digestive, coïncidant presque constamment avec des lésions intestinales. M. de Larroque a vu que cette bile était répandue dans le tube alimentaire en raison de la brièveté de la maladie, de la rareté et du peu d'abondance des évacuations. D'après cela, ne serait-on pas en droit de se demander si les purgatifs n'exerceraient pas une action spéciale sur le foie? Il est encore difficile aujourd'hui de se prononcer sur cette question.

Revenons à l'étiologie de la maladie. M. de Larroque d'après l'ensemble des symptômes précurseurs et consécutifs, conclut que la fièvre typhoïde n'est qu'une fièvre bilieuse grave, dont les conséquences les plus constantes sont l'inflammation et l'ulcération des plaques de Peyer et des follicules de Brunner; l'engorgement des ganglions mésentériques.

Il y a trop d'identité, selon M. de Larroque, entre les symptômes qui surviennent dans la fièvre typhoïde et ceux qui se développent quand on injecte des matières putrides dans l'intestin, pour que l'étiologie des accidents soit différente dans les deux cas. Dans l'une comme dans l'autre, dit-il, il y a résorption de substances délétères; aussi se manifeste-t-il dans l'une et dans l'autre des symptômes putrides et ataxiques. Ces idées sont justifiées en apparence par la thérapeutique que ce praticien emploie, et qu'il prétend diriger contre la cause matérielle à laquelle il attribue les différents accidents qui caractérisent les fièvres typhoïdes.

Maintenant, faut-il regarder la lésion spéciale des follicules intestinaux comme tout-à-fait caractéristique de la fièvre typhoïde? Et d'abord, nous le pensons avec M. de Larroque, l'inflammation des plaques de Peyer

et follicules de Brunner n'a pas *constamment* lieu ; il s'est trouvé des cas, rares à la vérité, où les symptômes de la fièvre typhoïde se sont presque tous montrés, et où il y a eu absence de lésions intestinales, les sectateurs de l'école physiologique ont avancé qu'il y avait dans ces cas, erreur de diagnostic.

Pourquoi, avec M. Bouillaud, tirer la conclusion que ce sont des fièvres typhoïdes simulées, parce que la lésion n'est pas constante? MM. Louis et Dalmas ont cité quelques observations qui ne sont pas contraires au principe que nous avons avancé, dans le journal hebdomadaire des sciences médicales, tome 1, page 597.

Nous y voyons M. Dalmas réfuter l'assertion de M. Bouillaud.

Le nœud tout entier de la question est, dit M. Dalmas, dans les observations que M. Louis rapporte avec une bonne foi qu'on ne saurait trop louer, mais qu'il donne pour des affections typhoïdes simulées. La grande raison de M. Louis, c'est que les glandes de Peyer étaient saines ; mais à notre avis il arguë de ce qui est en question. Vous vous proposez d'examiner si dans le groupe des symptômes appelés fièvres typhoïdes, etc., il y a lésion, et parce que, ce que vous appelez la lésion caractéristique manque, vous en déduisez qu'il ne s'agissait pas alors de la fièvre typhoïde, au lieu d'en tirer la conclusion qu'elle n'est pas constante; mais la question est précisément de savoir si cette altération est caractéristique ou ne l'est pas: nous croyons que cette manière de raisonner n'est pas rigoureuse.

Ces objections de M. Delmas nous paraissent assez fondées. M. Gerdy a aussi combattu la localisation de la fièvre typhoïde. On prétend, dit-il dans une des discussions de l'Académie, que la maladie est le résultat d'une lésion des plaques de Peyer ; mais y a-t-il proportion entre la cause et l'effet? Et les symptômes si graves que l'on observe, peuvent-ils être le résultat de la lésion souvent si minime de l intestin? Pourquoi ne pas en accuser aussi bien les ulcérations de la peau, du sacrum, la gangrène qui s'empare des vésicatoires, et d'autres phénomènes qui se montrent si souvent dans les fièvres typhoïdes, et qui attestent que toute l'économie participe à l'état morbide? Ne pouvant localiser la maladie dans l'intestin, on la rejette sur les maladies du sang, qui prouvent que dans certaines affections générales, le sang est décomposé? Pense-t-on que la vie est compatible et puisse subsister quelques instants avec un sang véritablement décomposé. Sans nier les altérations du sang, il est certain qu'on ne peut pas les démontrer, surtout dans leurs effets, etc.

Sans argumenter contre M. Gerdy, nous n'acceptons pas entièrement la responsabilité de ses dernières propositions.

M. Bouillaud dans son traité des fièvres essentielles, émet des opinions tout à fait contraires à celles qu'il professe aujourd'hui ; il cite beaucoup d'observations sans lésion spéciale des glandes de Peyer. Sa manière de voir s'est donc, depuis cette époque, essentiellement modifiée?

M. Lombard de Genève (dans une lettre au docteur Graves), conclut de son côté, que la cause ou le point de départ des symptômes de la fièvre typhoïde n'est pas dans un état morbide de la membrane muqueuse ou des glandes de Peyer ; mais que cette fièvre est bien plutôt une maladie générale dépendant d'une inflammation locale, ou d'une altération quelconque de tissu.

La lésion intestinale, nous en sommes convaincus, n'est pas *absolument* nécessaire pour caractériser la fièvre typhoïde ; la clinique de M. Andral, et les travaux de M. Bretonneau nous ont servi pour la solution de cette question.

Toutefois, pour répondre aux assertions de M. Bouillaud, nous ferons remarquer que dans presque toute affection dans le cours de laquelle il existe une vive amélioration du pouls, une forte chaleur de la peau, du délire, enfin tout l'appareil fébrile ; la muqueuse de l'intestin est presque toujours la première atteinte, lorsque la fièvre est un peu considérable, par l'inflammation secondaire qui envahit tant d'autres organes.

Avant de parler du traitement, donnons le résumé des faits établis par M. Delarroque : nous citons textuellement ce praticien : « Il résulte manifestement des considérations dans lesquelles nous sommes entré jusqu'à présent, 1° que la fièvre typhoïde ne se développe jamais d'une manière brusque et instantanée; 2° Qu'elle a pour prodrômes, une série plus ou moins nombreuse de phénomènes morbides, dont le point de départ est dans les organes digestifs ; 3° que c'est parce qu'on attaque mal, ou qu'on néglige de combattre la cause de ces phénomènes, que la maladie prend la forme typhoïde; 4° que cette dégénérescence n'indique aucunement un changement dans la nature de l'affection, mais seulement une activité différente dans la cause première des accidents, et la formation très-probable de quelques complications ; 5° que les symptômes primitifs ne tiennent pas à une inflammation gastro-intestinale, mais bien à un état saburral des premières voies ; 6° que cela est démontré par la marche de la maladie, par la thérapeutique et l'anatomie pathologique ; 7° que la lésion des plaques de Peyer et des follicules de Brunner, n'est pas la source première des symptômes typhoïdes, puisque d'une part, ces symptômes peuvent se développer indépendamment de cette lésion ; qu'en second lieu celle-ci ne se forme que plus ou moins longtemps après les premiers accidents de la maladie; qu'en troisième lieu, elle ne s'évanouirait pas si souvent sous l'influence des évacuants, et n'offrirait pas une résistance si opiniâtre aux antiphlogistiques, si réellement la phlegmasie iléo-cœcale était primitive et formait avec la gastrite la cause des accidents typhoïques ; 8° que cette étiologie est aussi fâcheuse que celle qui attribue les symptômes nerveux de la fièvre qui nous occupe à une

inflammation des méninges et du cerveau ; 9° que ces accidents nerveux donnent bien une forme différente à la maladie, indiquent bien que l'appareil sensitif souffre, que l'affection a étendu son domaine, mais ne montrent pas que sa cause première ait changé; 10° que celle-ci ne paraît être autre chose qu'une bile acrimonieuse, qui altère la muqueuse intestinale dans les lieux non protégés par des mucosités, et particulièrement là où elle repose le plus longtemps; 11° Qu'en passant ensuite dans le torrent circulatoire, avec ou sans détritus des plaies qu'elle occasionne dans l'intestin grêle, et dans le cœcum, elle va déterminer les plus grands désordres dans les appareils organiques, désordres qui, nécessairement, sont en rapport avec la qualité de matières putrides résorbées.»

Nous voyons que M. de Larroque tient à sa théorie; et que ses opinions, bien que basées sur des hypothèses, donnent assez raison de l'emploi des évacuants; ainsi, nous avons pu examiner clairement par quelle série d'idées il a été conduit à faire usage de ces agents thérapeutiques. Nous allons parler de cette médication, que le médecin de l'hôpital Necker a adoptée à l'exclusion de toute autre, mais avec une bonne foi, une conviction qu'il serait injurieux de mettre en doute.

Le traitement est simple et facile à administrer; M. de Larroque débute presque toujours par un émétique, pour peu que les symptômes gastriques soient prononcés; puis après l'émétique, c'est-à-dire le lendemain, il fait prendre l'eau de Sedlitz, et ainsi de suite jusqu'à la fin. Si cette dernière boisson répugne aux malades, il la remplace par tout autre laxatif, le calomel, la crême de tartre, l'huile de ricin, etc., etc. Cependant il s'adresse à l'eau de Sedlitz de préférence, préparée à la dose de douze gros (50 grammes) de sel par bouteille d'eau gazeuse. Aux laxatifs il joint l'usage de cataplasmes émollients sur les parois abdominales, dans les cas où l'intestin lui paraît très-douloureux, les boissons acidulées, les lavements émollients matin et soir.

Quelle que soit la forme de la maladie, M. de Larroque ne sort pas de ce mode de traitement, tant que les phénomènes typhoïdes persistent. Il fait observer que si les malades traités par les saignées, les toniques et l'expectation se sauvent, le rétablissement est lent, leur convalescence généralement laborieuse. Après avoir essayé de toutes les méthodes, il est revenu au traitement évacuant qui lui a paru le plus rationnel et le moins dangereux, celui qui a donné d'après de nombreux essais, les plus heureux résultats.

En ne comptant la durée de la maladie que de la première application du traitement évacuant, la moyenne est de dix jours à peu près, ainsi que cela résulte du tableau statistique adressé par M. de Larroque à l'Académie de médecine, tableau qui portait sur un nombre de cent malades, et auquel étaient annexées les observations particulières. Quant à la mortalité, il dérive encore du même tableau, qu'elle est d'un sur dix.

Parlerons-nous d'une méthode rivale de celle de M. de Larroque; celle des saignées *coup sur coup*, que M. Bouillaud, à l'hôpital de la Charité, emploie aussi d'une manière presque absolue dans le traitement de la fièvre typhoïde? Nous ne connaissons pas assez la valeur des résultats de M. Bouillaud, pour apprécier l'efficacité de sa méthode curative; cependant nous restons en garde jusqu'à ce que de nouveaux faits soient venus la justifier de cette espèce d'anathème, que les assertions de M. le professeur Andral sont venues jeter sur elle en pleine Académie. Sans doute, d'après la franchise des aveux de M. Andral, la méthode numérique a été mal appliquée par M. Bouillaud, si toutefois il est rigoureux d'admettre qu'on peut établir avec des chiffres la valeur relative d'une méthode thérapeutique. Cette grande question n'est pas encore résolue en faveur de la statistique médicale.

Nous ne pensons pas non plus, disons-le de suite, exclusivement comme M. de Larroque, que les fièvres typhoïdes de toutes les formes, de toutes les apparences, de tous les degrés, à toutes les périodes, avec toutes les complications peuvent guérir par l'emploi des purgatifs. Nous ne sommes aussi absolus.

Résumons enfin tout le travail de M. de Larroque, quant au traitement particulier que l'on a tour à tour proscrit et préconisé. Voici les principales conclusions, que nous empruntons au rapport de M. Andral.

1° Dans aucun cas de fièvre typhoïde commençante, les purgatifs n'ont aggravé la maladie, et dans tous au contraire, ils ont guéri tantôt rapidement, tantôt lentement.

2° Dans les cas présentant des symptômes graves, les purgatifs seuls ont produit des résultats plus avantageux que les saignées ou la méthode mixte des saignées et des évacuants.

3° Que dans tous les cas indistinctement, légers, graves, désespérés, commençants ou avancés, traités par la méthode purgative, la mortalité a été sensiblement moindre que par la saignée et la méthode des évacuants et des saignées combinées.

Ainsi voilà des résultats matériels; les purgatifs n'ont donc pas en définitive les inconvénients qu'on leur attribue. L'école physiologique les avait qualifiés incendiaires et complétement nuisibles dans l'affection typhoïde, et maintenant ils sont réhabilités dans l'esprit de la plupart des médecins consciencieux. Les prétentions du docteur de Larroque n'ont pas été aussi vaines qu'on avait voulu le faire penser; aussi nous félicitons hautement ce praticien d'avoir relevé la médication purgative de l'espèce de réprobation dont l'esprit de système avait essayé de la frapper. Les seuls guides en médecine, sont l'observation et l'expérience; mais nous le croyons fermement, on n'est point encore tout à fait sur les traces de la vérité, si l'on n'est purgé de toute contagion doctrinaire ou systématique.

Nous nous sommes un peu trop étendus sur le mémoire de M. de Larroque, et cependant ce-

lui de M. Goussail méritait aussi de longs développements; nous tâcherons d'y suppléer dans un de nos prochains numéros. Disons néanmoins que cette brochure n'est pas un plaidoyer en faveur de telle ou telle médication. M. Gaussail nous a paru de cet avis, qu'un médecin sage ne doit pas généralement adopter un seul traitement. Selon lui, la fièvre typhoïde est une maladie générale, dont la cause est une altération primitive du sang. Nous ne donnerons pas encore la préférence à ce système, parce que nous ne le croyons pas plus admissible que celui de M. de Larroque.

Le travail de M. Gaussail, fait avec beaucoup d'ordre et de méthode, est divisé en deux parties, d'après les termes mêmes de la question posée par l'Académie de médecine à Toulouse, une partie nosographique, l'autre thérapeutique. Les documents, les recherches ne lui ont pas coûté pour donner à ce mémoire tout l'intérêt et l'importance qu'il mérite, et nous applaudissons au jugement de la société médicale, qui lui a décerné une médaille d'or, qu'il a dignement partagée avec M. de Larroque. R....

Histoire de la grippe, à Lyon, en 1837, par le D. L. Gubian, médecin du dispensaire, etc.

Nous avons sans doute attendu trop longtemps pour analyser un mémoire sur la grippe, puisque l'épidémie est déjà loin de nous; mais ce travail qui nous a été dernièrement communiqué, peut encore nous intéresser sous quelques rapports. Et d'ailleurs, nous le savons, ces sortes d'épidémies sont assez fréquentes, assez rapprochées les unes des autres pour craindre une invasion nouvelle. En France, les conditions atmosphériques ne manquent pas, et les variations de température, les différentes pressions de l'atmosphère ont suffi quelque fois pour expliquer l'épidémie, et en faire ressentir les influences. Si nous traçons l'histoire de la grippe de 1837 à Lyon, c'est dans le but d'instruire sur les effets de la maladie, et d'atténuer les craintes pour l'avenir. En commençant cette brochure, l'auteur, M. le docteur Gubian, donne un extrait d'une lettre que l'autorité municipale adresse aux médecins du dispensaire de Lyon. Elle leur écrit : « que l'épidémie excite la sollicitude du gouvernement sous un double rapport : celui des secours à assurer au besoin à la classe indigente; celui de la science, pour laquelle il n'est point indifférent d'avoir des renseignement positifs et complets, sur la marche et les effets de cette maladie Enfin, il importe de connaître aussi exactement que possible l'époque de l'invasion de la grippe dans ce département, le degré d'extension qu'elle y a pris, sa durée, les symptômes qu'elle a présentés, les diverses phases de son développement, et les mesures adoptées pour la combattre. »

On voit dans cette lettre, que l'autorité, en s'adressant au dispensaire de Lyon, savait apprécier son influence médicale.

La grippe de 1837, observée à Lyon, est, selon M. Gubian, une maladie épidémique, nerveuse, catarrhale, énervante et recrudescente.

M. Broussais ne l'aurait pas ainsi définie, lui qui, en 1837, niait que la grippe existât.

Qu'est-ce que la grippe? disait M. Broussais dans une de ses leçons. Rien; la grippe n'existe pas. C'est une entité, un être de raison ; c'est une invention de gens sans le sou, de médecins sans clients, qui n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à crier au farfadet; car l'homme, ajoute-t-il philosophiquement, a la manie de crier. Cette invention a fait fortune auprès des gens qui croient aux esprits ; ce génie mythologique pourrait bien aussi avoir été forgé par un mauvais dessein, dans les parties latérales de quelques griffonneurs; et il a été accepté par les superstitieux et les nigauds qui sont partout en majorité. Les *grippistes* sont donc ou des fous, ou des dupes, ou des esprits pervers qui veulent s'opposer à l'essor de la médecine d'observation. »

Nous n'acceptons pas la validité de ces raisons, et nous poussons la naïveté, malgré l'autorité de Broussais, jusqu'à croire à l'existence de l'épidémie de 1837, dont l'influence s'est fait ressentir à Paris comme à Lyon.

Cette épidémie présentait, comme à Paris, deux périodes : l'une simple et légère, caractérisée par le nom d'*influenza*; l'autre plus intense et diversement compliquée.

Les symptômes de la 1er période étaient : frissons vagues, pesanteur de tête, céphalalgie, douleurs de gorge, coryza, toux, douleurs dans les membres, accompagnées de prostration, quelquefois avec menaces de syncope. Ces derniers symptômes manquaient souvent dans l'influenza, ou n'étaient qu'imparfaitement prononcés. Il y avait cessation rapide de tous ces phénomènes, qui se prolongeaient tout au plus jusqu'au sixième jour. C'était un véritable avortement de la grippe; le traitement était simple : pédiluves lavements, émollients, boissons adoucissantes, etc.

Dans la 2e période, les complications de pneumonie, de pleurésie, etc., rares dans la première, survenaient et donnaient un autre aspect à la maladie. Tous les symptômes précités, avaient acquis plus d'intensité, et la grippe alors présentait le plus souvent la réunion des phénomènes nerveux et catarrheux ; l'influence de la maladie régnante était peu prononcée sur les maladies qui se développaient. Quant au traitement dans cette deuxième période, les saignées et le tartre stibié en lavage, ou combiné à l'huile de ricin, les fumigations légèrement narcotiques, tels étaient les remèdes les plus convenables, et qui obtenaient le plus de succès.

La grippe nous a paru avoir plus sévi à Lyon qu'à Paris ; le chiffre de la mortalité a été, comparativement plus considérable ; c'est ce que nous avons vu dans des tableaux de mortalité, dressés avec beaucoup de soins par les médecins du dispensaire, et qui donnent à ce travail tout l'avantage et tout le crédit qu'il est en droit de mériter. R....

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES DE MÉDECINE.

Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire ou recherches anatomico-pathologiques sur la transformation des tubercules et la cicatrisation des excavations tuberculeuses des poumons, par M. C. Rogée.

Dans le dernier numéro de notre journal, nous avons rendu un compte favorable de la première partie du mémoire de M. Rogée; nous allons faire l'analyse de la suite, qui a été publiée dans les archives des mois juillet et août, et qui nous a paru intéresser à un haut point la thérapeutique des maladies de poitrine. Après avoir admis que dans beaucoup de cas on observait des cicatrices dans le tissu pulmonaire, cicatrices qui attestaient la guérison des *ulcères* des poumons, M. Rogée indique la difficulté qui existe souvent à constater l'existence réelle de ces cicatrices. A l'aide d'une observation attentive et raisonnée, on peut cependant, dit M. Rogée, malgré les difficultés signalées, acquérir des données suffisantes pour se faire une opinion sur la plus grande majorité des cas.

Les anciens pensaient que jamais une excavation tuberculeuse creusée dans le poumon ne guérissait, mais depuis les admirables travaux de Laënnec, cette opinion a perdu de sa force quoiqu'elle soit encore fortement accréditée de nos jours. M. Louis cependant, sans nier qu'il existe des cicatrices du poumon, affirme n'en avoir jamais rencontré une seule dans ses nombreuses autopsies. C'est cette opinion d'un médecin estimable, que M. Rogée s'attache à combattre.

Les cicatrices sont divisées par lui en quatre espèces :

1° Cicatrices avec persistance de la cavité.

2° Cicatrices avec amas de matière crétacée ou calcaire qui remplit la cavité.

3° Cicatrices fibro-cartilagineuses.

4° Cicatrices celluleuses.

Les premières, que Laënnec a fait connaître sous le nom de cicatrices fistuleuses, sont des cavités anormales, assez régulièrement arrondies, d'une capacité variable, tapissées intérieurement par une fausse membrane plus ou moins dense et sèche, contenant de l'air ou bien un liquide sero-muqueux, ou bien encore quelques débris de matière tuberculeuse, et communiquant le plus souvent avec des bronches d'un calibre notable. Ces cavités se sont toujours rencontrées au sommet des poumons, jamais ailleurs. Le tissu pulmonaire qui double leur fausse membrane est toujours altéré; il est dur, non crépitant et infiltré de matière noire; fréquemment il est froncé, ce qui prouve que la cavité a subi un retrait sur elle-même; dans quelques cas on y trouve des concrétions crétacées ou calcaires. Quand la cavité est voisine de la surface du poumon, cette surface participe à l'altération; elle adhère à la plèvre costale, spécialement dans ce point, au moyen d'un tissu cellulaire dense, quelquefois elle est recouverte en même temps d'une espèce de plaque fibro-celluleuse épaisse; souvent elle est froncée et déprimée; lésions qui toutes indiquent qu'un travail morbide important s'est effectué dans ce lieu.

Après cet aperçu, M. Rogée rapporte plusieurs observations où il a vu incontestablement des cicatrices d'excavations tuberculeuses; ce sont donc des cas de guérison de phthisie. Dans l'observation IX et X on n'a pu découvrir de communication avec les bronches; celles-ci ne présentaient pas de dilatation.

Laënnec, dans son traité de l'auscultation, donne quatre exemples d'excavations à parois cicatrisés au sommet de l'un ou l'autre poumon.

On trouve aussi des faits confirmatifs de ceux de Laënnec, dans la clinique médicale de M. Andral (tome IV, page 369 et suivantes).

Ainsi, il existe aujourd'hui dans la science un certain nombre d'observations relatives aux cicatrices de la première espèce. On ne peut mettre en doute, dit M. Rogée, que ces cavités anormales dont il a été question, ne soient des cicatrices d'excavations tuberculeuses. Ces cavités, ajoute-t-il, seraient-elles le résultat d'abcès ou de foyers gangréneux? seraient-elles de simples dilatations bronchiques?

Examinons un instant ces hypothèses : d'abord les abcès pulmonaires sont extrêmement rares ainsi que la gangrène du poumon; les excavations gangréneuses, si elles se cicatrisent, s'observent peu fréquemment et non pas comme celles dont nous parlons, presque exclusivement au sommet du poumon.

Quant à l'opinion émise que ces excavations tuberculeuses cicatrisées pourraient bien être des dilatations bronchiques, M. Rogée fait remarquer que celles-ci diffèrent des cicatrices par les caractères suivants :

1° La membrane interne des cavités bronchiques est blanche ou rosée, lisse et polie à sa surface; celles des cicatrices à cavité paraît toujours d'une couleur foncée, grise ou noirâtre; elle doit cela à sa dernière transparence qui laisse apercevoir la couleur noire du tissu sous-jacent.

2° Les bronches en arrivant dans les cavités qui résultent de la dilatation de leurs derniers rameaux, ne sont jamais érodées ou irrégulières, comme il arrive souvent pour les cicatrices.

5° Les cicatrices à cavité persistante ne se sont pas encore rencontrées dans un poumon au nombre de plus de deux ou trois; le plus souvent il n'y en avait qu'une. Les cavités bronchiques, au contraire, sont multiples, et l'on voit parfois deux cavités voisines uniquement séparées par une cloison mince et transparente formée par l'adossement de leurs deux membranes internes, ce qui ne se remarque pas dans les véritables cicatrices.

Ainsi, il en résulte que les cavités anormales sus-mentionnées sont bien réellement des cicatrices d'excavations tuberculeuses et qu'elles sont parfaitement distinctes.

M. Rogée traite dans le deuxième chapitre des cicatrices avec amas de matière crétacée ou calcaire qui remplit la cavité. Il n'est pas nécessaire, dit-il, qu'une excavation tuberculeuse se vide entièrement pour se cicatriser; elle peut subir un retrait sur-elle-même, s'entourer d'une couche de tissu pulmonaire dur et noir tout en conservant des débris de tubercules plus ou moins volumineux : mais alors la matière tuberculeuse subit la transformation crétacée et calcaire, et tantôt, lorsque les concrétions sont formées, les parois demeurent libres et exemptes d'adhérents, tantôt elles se moulent pour ainsi dire sur les concrétions, et la cavité disparaît à cause des adhérences qui s'établissent entre ses parois et la surface des concrétions. Dans tous les cas, on peut regarder ce travail comme un mode de cicatrisation.

Dans la première partie de son travail, M. Rogée avait cherché à faire admettre que les concrétions qui ont le caractère crétacé ou calcaire sont de la matière tuberculeuse *transformée*; cela admis, il faut reconnaître que dans certains cas les excavations tuberculeuses guérissent en laissant pour trace un amas de matière crétacée ou calcaire entouré d'une couche de tissu pulmonaire altéré.

Nous avons vu que les cicatrices à cavité pouvaient présenter aussi dans leurs parois l'aspect fibrocartilagineux; ce tissu intervient très-fréquemment; il est de couleur blanche, assez ferme, criant sous le scalpel; et Laënnec l'a considéré comme le moyen par excellence qu'emploie la nature pour la cicatrisation des ulcères du poumon.

On conçoit très-bien, dit M. Rogée, que les excavations tuberculeuses en voie de guérison, ayant une tendance continuelle à se resserrer, puissent disparaître complétement, si la matière qu'elles contiennent a été expulsée ou a disparu d'une manière quelconque. On imagine parfaitement bien qu'il ne reste alors à leur place qu'une ligne celluleuse ou cellulo-fibreuse, résultat de la simple adhérence des parois de sa cavité. C'est ainsi que se forment les cicatrices celluleuses du poumon; mais, suivant M. Rogée, elles sont extrêmement rares.

Laënnec et M. Andral en citent plusieurs observations fort curieuses. Si l'auteur de l'auscultation médiate les regardait comme très-fréquentes, c'est qu'il pensait que toutes les fois qu'il y a au sommet du poumon une induration circonscrite, si petite qu'elle soit, accompagnée de froncement et de dépression de la surface, il y avait cicatrice. M. Rogée désigne ces fausses cicatrices sous le nom d'indurations chroniques superficielles. Ainsi, suivant lui, Laënnec se serait fait illusion : M. Rogée se fonde sur cette idée que ces prétendues cicatrices se trouvent chez les quatre cinquièmes des vieillards, et qu'il est probable, si elles étaient réelles, qu'on rencontrerait des bronches d'un certain calibre coupées brusquement en arrivant dans leur tissu; ce qui ne s'observe pas.

L'auteur de ce mémoire est disposé à adopter l'opinion de M. Rostan, qui pense que ces lésions sont le résultat d'une espèce d'irritation causée par la pression qu'exerce sur le sommet du poumon la première côte devenue fort peu mobile chez les vieillards.

En résumé, M. Rogée tire lui-même de son travail les conclusions suivantes :

1° Certainement la phthysie pulmonaire peut guérir;

2° Les tubercules peuvent se transformer en concrétions crétacées ou calcaires qui n'ont plus d'effets fâcheux sur la santé; mais cette transformation ne se fait guère que dans les cas où les tubercules ne sont pas en nombre considérable;

3° Les excavations tuberculeuses sont susceptibles de se cicatriser. La guérison des tubercules ou de quelques cavernes n'est pas certainement une chose très-rare. Sur cent vieilles femmes, M. Rogée dit avoir trouvé cinquante et une fois des concrétions crétacées ou calcaires, et ces concrétions sont toujours, selon lui, des traces de tubercules. Sur ce nombre il a trouvé, en moins d'une année, dix à douze exemples incontestables de cicatrices d'excavations tuberculeuses.

Nous voyons, en dernière analyse, combien les efforts de M. Rogée deviennent intelligents pour arriver à des données plus positives sur la curabilité de la phthisie pulmonaire. Si cette question si importante, si précieuse dans ses résultats futurs, venait à s'asseoir sur des bases solides, si, en un mot, la guérison de la phthisie devenait plus commune, nous n'hésitons pas à le dire, eu égard à ses pénibles investigations, à ses travaux pleins de conscience et de judicieuse clarté, M. Rogée aurait de beaux droits à cette conquête médicale.

Essai sur les effets de l'acétate de plomb dans le traitement des anévrismes de l'aorte, par MM. Dusol et Legroux.

L'efficacité de cet agent thérapeutique contre les anévrismes a été depuis longtemps vantée par les médecins allemands. Laennec et Dupuytren ont à leur tour tenté cette méthode, et ont publié les succès obtenus sous l'influence de l'acétate de plomb pris à l'intérieur.

Les observations qui font le sujet de ce travail ont été recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans le service même de Dupuytren; M. Dusol en a conservé l'histoire et vient nous en exposer les résultats. Les anévrismes de l'aorte sont considérés comme l'une des maladies les plus graves, et l'art malheureusement, dans le plus grand nombre des cas, n'a guère à leur opposer que des moyens palliatifs. Cependant nous voyons, d'après les observations de Corvisart et de Hodgson, que cette terrible affec-

tion n'est pas incurable; quelques faits ont prouvé que la circulation pouvait avoir lieu malgré l'oblitération de l'aorte. On a eu souvent recours, avec beaucoup d'avantage, aux saignées répétées, sans toutefois pousser les émissions jusqu'à défaillance complète, surtout après les premières; car chez un malade déjà affaibli une défaillance peut être mortelle. Lorsque la tumeur se prononce à l'extérieur, l'application de la glace peut être utile, de même que dans l'anévrisme des membres. Le froid reserre tous les tissus, et tend à concréter le sang. Ne sait-on pas qu'on trouve le sang concrété dans presque tous les vaisseaux chez les sujets morts de froid?

Mais il faut surtout mentionner ici les heureux effets obtenus sous l'influence de l'acétate de plomb pris à l'intérieur. Sous le point de vue thérapeutique, les observations de MM. Dusol et Legroux sont fort intéressantes et doivent fixer l'attention des médecins.

En effet, qu'on se représente l'état dans lequel se trouvaient les malades cités lors de leur admission à l'hôpital. En proie aux symptômes les plus alarmants, ils semblaient être menacés d'une fin prochaine. L'acétate de plomb leur est administré, presque en manière d'essai, disent MM. Dusol et Legroux, et en moins de quelques jours tout cet appareil de symptômes formidables s'évanouit, tandis que la tumeur anévrismale elle-même ne met que peu de temps à disparaître. Que s'est-il donc passé dans cette circonstance? en d'autres termes, de quelle manière le sel de plomb a-t-il produit un si rapide effet? serait-ce en déterminant la coagulation d'une partie du sang renfermé dans la tumeur? ou bien en agissant par constriction sur les parois de celle-ci, comme il se voit à la peau mise en contact avec une dissolution saturnine? Déjà Laënnec, d'après des observations faites sur des sujets qui succombaient à la rachialgie saturnine, avait reconnu que l'altération constante était une grande pâleur de tous les tissus et une quantité de sang moindre dans tous les vaisseaux; il avait soupçonné qu'un des effets remarquables des préparations de plomb était de nuire à l'hématose et de diminuer par là la quantité de sang. Ainsi, il avait été lui-même conduit à employer ces préparations dans l'hypertrophie et la dilatation du cœur, ainsi que dans les anévrismes de l'aorte.

Un autre phénomène, d'après M. Dusol, et non moins important à noter, c'est l'heureuse et prompte modification que subissent les organes respiratoires, sous l'influence de cette médication saturnine. La dyspnée si fréquente disparaît; d'ailleurs ce fait presque constant s'explique aisément de lui-même par la dissipation rapide de l'état d'engouement et de congestion dans lequel se trouvait le tissu pulmonaire.

Dans l'observation rapportée par M. Legroux, les phénomènes les plus remarquables, outre le retour à une respiration plus facile, sont: le retrait sensible de la tumeur anévrismale, la diminution de la cyanose, et l'effacement des veines variqueuses qui rampaient sur le côté du cou et de la poitrine. Mais il survient de la constipation : elle est vaincue facilement par un léger laxatif, et remplacée par une *diarrhée abondante*. Il faut tenir compte de ce dernier phénomène dans l'appréciation des effets thérapeutiques; il est nécessaire de se mettre en garde contre lui, parce que le dévoiement pourrait amener trop rapidement une débilitation extrême.

En résumé, peut-on se flatter d'obtenir, à l'aide de l'acétate de plomb, la cure complète de l'anévrisme de l'aorte? Nous ne le pensons pas. Cependant, d'après les résultats que nous venons de signaler, un anévrisme commençant, peu étendu, pourrait bien être, sinon guéri, au moins retardé pour longtemps dans sa marche.

Nous noterons en passant que la plupart des malades dont il est question avaient contracté la maladie vénérienne avant leur dernière maladie. La syphilis, ainsi que l'admettent plusieurs auteurs, prédisposerait-elle aux anévrismes?

Indiquons aussi le mode d'administration de l'acétate de plomb. Dupuytren prescrivait le premier jour *deux pilules* de sel de saturne, composées chacune d'un grain d'acétate incorporé dans du diascordium, et prescrites pour être prises une le matin et l'autre le soir, cinq ou six heures avant ou après les repas. Les jours suivants, on augmente graduellement le nombre des pilules, que l'on porte jusqu'à *dix*, sans jamais dépasser ce nombre. Si des épiphénomènes surviennent, on suspend l'administration du sel.

De quelques tumeurs enkystées du cou désignées par les noms de : struma aquosa, kystes cystiques, hydrocèles du cou ; de leur nature, de leur traitement, par MM. Louis Fleury et Marchessaux.

On remarque quelquefois sur les parties, soit antérieure, soit latérale du cou, des tumeurs aqueuses ordinairement enkystées, que souvent ont été confondues avec des anévrismes, des tumeurs de diverses natures, et plus fréquemment encore avec l'engorgement du corps thyroïde (*goître* des auteurs français modernes[1]).

Après avoir fait l'historique de ces sortes de tumeurs, MM. Fleury et Marchessaux, en établissent les différentes divisions adoptées, et le siége principal qu'elles affectent. Deux circonstances ont été surtout prises en considération pour servir de base à la classification des tumeurs cystiques du cou : 1° la nature des produits contenus dans le sac, et sous ce point de vue Heidenreich établit des goîtres aériens, des goîtres séreux, des goîtres inflammatoires;

2° Le point anatomique précis de leur développement primitif, et le même auteur établit encore, sous ce second point de vue, des goîtres du tissu cellulaire de la glande thyroïde et des goîtres de la glande elle-même. Ces

deux espèces ont été ensuite divisées en goîtres simples et en goîtres multiloculaires.

Beck, de Fribourg, à qui nous devons des observations plus complètes, repoussa avec force la division de Heidenreich, et prétendit que le goître cystique avait toujours son siége dans le tissu tyroïdien lui-même. Nous voyons dans le cours de ce travail que MM. Fleury et Marchessaux ne partagent pas entièrement l'opinion de Beck, et qu'ils admettent, ainsi que Rey, Bruninghausen, M. Laugier et autres, l'existence de tumeurs cystiques étrangères au tissu de la glande thyroïde. Ainsi, il est probable qu'on a souvent méconnu le siége de ces tumeurs; de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour décider cette question intéressante d'anatomie pathologique.

Les auteurs de ce mémoire établissent à leur tour, pour les tumeurs enkystées du cou, d'après leur siége anatomique, deux classes bien distinctes :

1° Tumeurs qui se développent dans le tissu même de la glande thyroïde. Celles-ci, superficielles ou profondes, répondent au goître séreux cellulaire ou thyroïden de Beck et de Hecdenreich ;

2° Tumeurs qui se développent dans quelque point que ce soit des éléments celluleux du cou.

Les caractères anatomiques de ces tumeurs enkystées du cou sont décrits avec soin par MM. Fleury et Marchessaux ; la symptomatologie, ainsi que la durée et la terminaison, ont souvent donné lieu à des discussions très-profitables qui pourront, nous n'en doutons pas, servir aux indications thérapeutiques. Quant au diagnostic, nous avons déjà laissé entrevoir qu'on pouvait parfois méconnaître la nature de la maladie, et qu'il fallait une attention scrupuleuse de la part des praticiens pour en déterminer toutes les phases.

Maintenant, quel est le traitement qu'on dirige contre les tumeurs enkystées du cou? Nous passerons sous silence tous les remèdes internes ; tous les topiques antiphlogistiques, astringents, fondants, résolutifs, etc., dont on ne retire aucun avantage; nous ne parlerons que du seul traitement efficace, c'est-à-dire du traitement chirurgical.

Les principaux procédés opératoires mis en usage par les chirurgiens, sont : la ponction, l'injection comme dans l'hydrocèle de la tunique vaginale, le séton, puis l'incision. Ce dernier procédé est préféré par beaucoup de praticiens, et, d'après un grand nombre d'observations, on en obtient plus de succès. Les autres peuvent être regardés comme des moyens palliatifs, et qui même ne sont pas toujours exempts d'inconvénients. Ainsi, la ponction et l'injection, d'après MM. Fleury et Marchessaux, doivent être complétement rejetées : le séton joint à l'incision est, selon eux, quelquefois utile parce qu'il détermine une longue et abondante suppuration qui amène la fonte des parties hypertrophiées. L'incision et l'emploi ultérieur des moyens propres à déterminer la suppuration du kyste paraissait être le procédé qu'on peut appliquer avec le plus d'avantage à toutes les espèces de tumeurs cystiques du cou. L'excision pratiquée après une incision préalable est utile lorsque la tumeur est très-ancienne et sa membrane très-épaisse, parce qu'elle détermine plus sûrement qu'aucun autre moyen la suppuration. Enfin la dissection ne doit être tentée que lorsque la tumeur est petite, superficielle, mobile et étrangère au corps thyroïde et aux organes importants du cou.

Nous dirons en résumé que tout l'intérêt de ce mémoire repose sur une douzaine d'observations recueillies avec soin et intelligence, et dont dont nous aurions dû peut-être citer les résultats principaux; mais les bornes imposées à cet article nous en ont empêchés.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (OMEDEI).

Du laurier-cerise dans quelques cas d'aliénation mentale, par le D. Cervetto, de Vérone.

Premier cas. — Le 27 juin 1835, Anna Zanetti, quarante ans, tempérament asthénique excitable, entra à l'hôpital civil. Réglée à seize ans, elle se maria à vingt. La seconde fois qu'elle accoucha, elle nourrit son enfant plus de vingt mois : ce qui l'affaiblit au physique et au moral, sans qu'elle voulût s'occuper de son état. Quelques années plus tard, elle devint encore mère, et prolongea trop l'allaitement. Il en résulta les mêmes accidents, mais à un plus haut degré ; cette fois sa folie se déclara avec les deux genres de symptômes qui la caractérisent dans sa plénitude.

1° *Aberration des idées.* — La femme se croyait environnée d'ombres, de spectres, de flammes, de diables ; elle cherchait la mort, et l'appelait à grands cris.

2° *Altération des affections naturelles.* — Son grand désir était que son fils le plus jeune, qui était atteint de la variole, en perdît la vue. Cette maladie, dont elle fut affectée elle-même, quoiqu'elle eût été vaccinée dans son bas âge, parcourut ses périodes sans aucune influence sur la folie, dont les accès rappelaient les fureurs d'Oreste.

Saignée générale et à la jugulaire, limonade tartarique émétisée; rien ne put calmer ses hurlements, ses convulsions, ses grincements de dents continuels, et plus forts encore la nuit que le jour. Elle se blesse avec les menottes de cuir et la camisole de force ; impossible de la maintenir en repos. On essaie de lui faire avaler, malgré son refus de boire, deux gros d'eau très-concentrée de laurier-cerise dans deux onces d'eau distillée et une demi-once de sirop simple. Cette potion lui plaît; on la continue à doses progressives, depuis deux gros (8 grammes), jusqu'à deux onces (64 grammes), dans le même véhicule; et, voyant que la malade s'en trouve bien, on en donne jusqu'à quatorze gros par jour, de sorte

cent soixante-cinq gros (1,500 grammes) ou une livre et demie. A cette époque la cure fut parfaite, et elle ne s'est pas démentie.

L'auteur fait deux remarques sur l'usage du laurier-cerise.

1° Le pouls, qui donnait auparavant cent pulsations, descendit à quatre-vingt-six, quatre-vingt et soixante-seize, remonta à cent, s'y soutint pendant quelques jours, et finit par revenir à soixante-dix.

2° Ce médicament affaiblit les forces et l'appétit, attriste et occasionne des palpitations.

Second cas. — Marguerite Pisani, vingt-six ans, tempérament sthénique, excitable, réglée à quatorze ans, souffrit beaucoup chaque mois, pendant un an. A l'âge de quinze ans, elle se prit d'affection pour un jeune homme qui s'y montra sensible. La passion, le travail à l'ardeur du soleil, l'exaltèrent et lui firent perdre la raison. Un traitement méthodique la rétablit en quelques mois. — L'année suivante, nymphomanie; entrée à l'hôpital de Saint-Servolo à Venise.

Les moyens ordinaires sont employés inutilement depuis le mois de mai jusqu'au mois d'octobre. C'est alors qu'on pense à donner l'eau concentrée de laurier-cerise dans une infusion édulcorée avec le sirop d'orange. Le résultat fut semblable à celui qu'on en avait obtenu sur Anna Zanetti.

Le 23 octobre, la femme Pisani prit pour la dernière fois deux onces et demie d'eau cohobée de laurier-cerise; et elle ne put en prendre plus longtemps, parce que le remède lui donnait des envies de vomir. Heureusement la guérison était alors achevée, et fut consolidée par l'application de dix-huit sangsues au pubis.

Le docteur Cervetto a employé dans des cas analogues le tartre stibié, l'iode et l'extrait de jusquiame, à doses en apparence exagérées, pour élever la médication à la hauteur de la maladie; et il a eu à s'en louer. Il a agi ainsi, non en désespoir de cause, à l'imitation de Calsa, mais rationnellement, selon le précepte du père de la médecine : *aux grands maux les grands remèdes.*

Le rapport d'une sage-femme porte que le sujet de cette observation avait toujours eu le pubis glabre.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 6 août.)

Traitement des fractures par l'appareil inamovible.

M. Blandin fait un rapport au nom de MM. Larrey et Velpeau et au sien, sur un mémoire de M. Seutin, professeur de médecine opératoire à l'université de Bruxelles, et ayant pour titre : *Nouvelle méthode de traiter les fractures.* Des bandes, des attelles de carton et de l'amidon constituent l'appareil dont se sert le chirurgien belge. Non-seulement il emploie ce mode de traitement pour les fractures, mais encore pour les tumeurs blanches, les plaies des articulations, etc. M. Seutin a eu l'heureuse idée de pratiquer des ouvertures à son bandage, au niveau des plaies ou des fistules consécutives à l'inflammation et à la suppuration. Aussi les pansements peuvent-ils être faits et modifiés à volonté, et la stagnation du pus ne saurait avoir lieu.

M. le rapporteur ne partage pas l'opinion de M. Seutin sur l'époque à laquelle il est convenable d'appliquer le bandage : Le chirurgien belge le met immédiatement. M. Blandin n'adopte pas cette opinion sans restriction, et pense qu'il faut s'abstenir de l'appliquer lorsque l'inflammation s'est manifestée.

M. Blandin rejette la déambulation prescrite par M. Seutin.

Après avoir comparé le bandage tel que M. Seutin l'a employé le premier, à ce qu'il est maintenant, après les modifications de M. Velpeau, qui l'a rendu plus souple, plus économique, d'une application et d'un changement plus facile; de M. Laugier, qui a substitué le papier au linge; de M. Lafargue de Saint-Emilion, qui s'est servi d'un mélange de plâtre et d'amidon, M. Blandin demande : 1° que des remerciements soient adressés à l'auteur; 2° que son mémoire soit déposé dans les archives de l'Académie; 3° que M. Seutin soit inscrit au plus tôt sur la liste où l'on doit choisir les membres correspondants.

M. Velpeau ne partage pas l'opinion de M. Blandin sur le danger d'appliquer immédiatement le bandage inamovible : s'il n'y a pas d'engorgement, ce moyen en préviendra le développement; s'il y a déjà de la tuméfaction et que la compression soit bien faite, elle disparaîtra, rien n'empêche d'enlever l'appareil dans le cas où il produirait de la douleur, ou pourrait amener des accidents. M. Velpeau a fait subir à l'appareil de M. Seutin les modifications suivantes : il l'a réduit à l'application de quelques linges secs sur la peau, d'une bande roulée ordinaire, peu serrée depuis les orteils ou les doigts jusqu'au-dessus du point fracturé, des plaques de carton mouillé, maintenues par une seconde bande; avec un pinceau d'afficheur ou avec les doigts on enduit le tout de la solution de dextrine. L'appareil ainsi modifié durcit en quelques heures au lieu de trois jours qu'exigeait le bandage de M. Seutin. Quant à la déambulation dont M. Blandin n'admet pas les avantages, il faut bien s'entendre sur ce qu'elle est en réalité. Les malades n'appuient pas de tout le poids de leur corps sur le membre fracturé, mais en se soutenant avec des béquilles. Le membre est pendant, soutenu seulement par une bande qui passe sur le cou et qui vient servir d'étrier.

M. Bérard partage l'opinion de M. Velpeau, relativement à la déambulation; il pense également que l'appareil doit être appliqué de bonne heure. Pour rendre plus rapide la dessication de l'appareil, M. Bérard a imaginé de suspendre le membre mis en appareil dans un filet attaché à l'arceau qui soutient les couvertures. L'air frappe de toutes parts les surfaces humides, et l'évaporation est beaucoup plus rapide.

M. Breschet signale un point important dans l'appareil de M. Seutin, c'est le soin qu'il prend de laisser quelque partie à découvert, le talon, l'extrémité des orteils, afin de juger, d'après leur état, de celui des parties situées au-dessous.

M. Gerdy signale l'inconvénient de la déambulation; il prétend que l'appareil de M. Seutin

ne guérit ni plus promptement ni plus sûrement, et qu'il a le désavantage d'agir en aveugle, de cacher les tissus malades, ce qui pourrait amener de fâcheux résultats, surtout dans les cas de plaie ou d'inflammation consécutive.

Les conclusions du rapport sont adoptés.

(Séance du 13 août.)

Nouvel instrument pour pratiquer la suture dans l'opération de la staphyloraphie.

M. Bérard fait un rapport sur un instrument inventé par M. Bourgougnou, pour pratiquer l'opération de la suture du voile du palais.

Voici les circonstances qui ont conduit l'auteur à imaginer cet instrument.

Lors de la dernière opération de staphyloraphie, M. Velpeau se servant du porte-aiguille de M. Devillemure, en pratiquant la suture d'après le procédé de M. Auguste Bérard, en passant toujours les aiguilles d'avant en arrière, se plaignit de ne pas avoir, à l'extrémité de son instrument, un point d'appui à placer derrière le voile du palais, pour faciliter l'introduction de l'aiguille; il fit à ce sujet une sorte d'appel à son auditoire.

C'est à la suite de cette leçon de M. Velpeau que M. Bourgougnou adressa à l'Académie son instrument, qui est composé :

1° d'une pince qui ressemble au brise-pierre de M. Heurteloup. Elle est destinée à saisir le voile du palais.

2° D'une branche qui supporte une aiguille droite, et glisse parallèlement aux deux autres de manière à enfiler l'extrémité de la pince et le voile du palais saisi.

Le mors postérieur de cette pince présente une ouverture que l'aiguille dilate en passant, et à travers laquelle elle ne peut rentrer. Cette aiguille est reçue dans un petit tube qui protége contre l'action de sa pointe les tissus qu'elle ne doit pas toucher.

En retirant l'instrument de la bouche, le chirurgien retire en même temps l'aiguille, et le premier point se trouve passé dans une des lèvres de la solution de continuité.

Les avantages de cet instrument sont :

1° De fixer le voile du palais ;

2° De donner au chirurgien le point d'appui que demandait M Velpeau;

3° d'offrir une aiguille droite très-courte, et par conséquent beaucoup moins susceptible de casser que les aiguilles courbes, et cet inconvénient est surtout inhérent aux aiguilles de M. Devillemure;

4° De retirer l'aiguille de la bouche du malade en même temps que l'instrument.

5° De n'exiger de la main qui opère aucun mouvement de translation capable de gêner la vue ;

6° Par sa forme courbe, de placer en dehors du rayon visuel la main du chirurgien qui opère dans des parties profondes;

7° De laisser au chirurgien une main libre.

Cet instrument est également applicable aux fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur de cet instrument, d'en insérer la description dans les fascicules de l'Académie, et d'y joindre un dessin qui en fasse comprendre la structure et le mécanisme.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

—

(Séance du 20 août.)

Lésion grave de l'articulation du coude, guérie sans amputation.

M. Jobert présente à l'Académie un enfant de sept ans, dont l'articulation huméro-cubitale droite a été ouverte; les extrémités de l'humérus, du cubitus et du radius ont été détachées; la cicatrisation de cette énorme plaie est complète; les mouvements de flexion et d'extension sont conservés. Il y a fort peu de difformité.

Le même chirurgien présente un autre malade reçu aussi à l'hôpital Saint-Louis avec une fracture de l'humérus, du radius et du cubitus, près de son extrémité inférieure, un fragment de trois pouces de longueur, appartenant à ce dernier os, a été détaché; aujourd'hui la consolidation est terminée: la main n'a pas été déviée; les mouvements du poignet sont conservés. Le malade peut se servir de son bras, qui a même acquis assez de force.

Injection du pus dans les veines du cheval.

M. Renault, d'Alfort, met sous les yeux de l'Académie les fosses nasales d'un cheval chez lequel il a injecté dans les veines du pus de bonne nature provenant d'une plaie faite à un cheval sain soumis à la castration. Il s'est développé des accidents analogues aux symptômes de la morve aigüe; à l'autopsie, on a trouvé des pustules dans les fosses nasales, des portions de poumons gangrénées, etc. Des expériences antérieures lui avaient donné les mêmes résultats.

(Séance du 27 août.)

Hémorrhagie spontanée du mesentère.

M. Capuron fait, au nom de M. Villeneuve, et au sien, un rapport sur une observation d'hémorrhagie spontanée du mésentère, survenue consécutivement à la suppression des menstrues. On trouva deux pintes de sang dans l'abdomen, des caillots adhérents au mésentère et au mésocolon. M. le rapporteur regrette que l'état des annexes de l'utérus n'ait pas été examiné avec soin. Dans un cas vu par lui, l'hémorrhagie provenait de la rupture d'un kyste, situé sur le trajet de la trompe droite : c'était une grossesse extrà utérine. Tout en formulant le regret que les détails de l'observation soient insuffisants, M. Capuron propose, au nom de la commission, que des remercîments soient adressés à l'auteur, et son observation renvoyée au comité de publication.

(Adopté.)

De la galactyrrhée des nouveau-nés.

M. Capuron, chargé d'examiner, conjointement avec M. Baudelocque, un travail de M. Ménars sur la galactyrrhée des nouveau-nés, rend compte de ce mémoire: C'est, dit M. le rapporteur, à l'occasion d'un fait publié dans la *Gazette médicale*, que M. Ménars a rassemblé quelques observations dans le but d'éclairer ce sujet. Cette maladie peut durer de quatre semaines à plusieurs mois. Cette prolongation est due le plus souvent à des manipulations exercées sur le sein. Trop abondant, l'écoulement peut compromettre la vie des enfants, d'autant qu'il s'accompagne ordinairement ou est précédé d'un flux sanguin par le vagin chez les petites filles. Au reste, pour M. Ménars, le liquide qui s'écoule est réellement du lait. M. le rapporteur, qui ne regarde pas ce

fait comme démontré, puisque M. Ménars n'a pas analysé le produit de la sécrétion anormale, adopte ses idées sous tous les autres rapports. Il pense que les applications émollientes, l'éloignement de toute excitation des mamelons, sont les meilleurs moyens à employer.

(Remercîments à l'auteur; publication du mémoire par extraits.)

M. Chevallier dit avoir analysé la sécrétion mammaire des nouveau-nés, et avoir trouvé dans un cas tous les éléments du lait.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Recherches sur les altérations anatomiques de l'encéphale dans les maladies typhoïdes.

M. Piédagnel essaie de prouver dans ce travail que le cerveau et ses membranes présentent constamment des altérations qui rendent compte du délire et des mouvements musculaires involontaires qui se remarquent dans la fièvre typhoïde, que l'étendue de ces altérations est en rapport avec l'ancienneté et l'intensité des symptômes cérébraux, et non de l'ensemble de la fièvre typhoïde.

Ces altérations ont lieu dans l'arachnoïde et la pie-mère réunies, et dans le cerveau. L'arachnoïde et la pie-mère présentent des plaques rouges au pourtour de la base du cerveau, à la réunion des faces inférieure et externe. Ces plaques sont isolées ou réunies. Elles forment souvent une sorte de couronne. Elles sont rouges, roses, quelquefois orange, ce qu'elles doivent à l'injection des vaisseaux et à des petites ecchymoses sous-séreuses. Peu à peu les vaisseaux qui, de cette membrane pénètrent dans l'organe, disparaissent, et, sur la fin, les membranes qui quelquefois s'épaisissent, finissent par disparaître presque complétement aussi.

Les altérations du cerveau ont lieu à sa surface; c'est la substance corticale de l'organe qui en est le siége. On peut considérer trois degrés successifs; dans le premier il y a augmentation de volume de une ou plusieurs circonvolutions. Quelquefois toute l'extrémité antérieure des lobes du cerveau est affectée; d'autres fois toute la base de cet organe en est le siége. Les circonvolutions sont plus saillantes, plus grosses que celles placées à côté d'elles ou de l'autre côté du cerveau; quand ce phénomène est très-prononcé, les circonvolutions sont aplaties par les os du crâne. Dans le deuxième degré il y a ramollissement de ces circonvolutions d'abord à la surface, et alors la substance cérébrale s'enlève facilement en soulevant les membranes, ou par le lavage; ce ramollissement a lieu de l'extérieur à l'intérieur, et par couches successives, ou bien il se développe en masse dans toute l'épaisseur de la substance grise. Plus tard on rencontre quelquefois une induration de ces mêmes parties, alors la substance grise est élastique, indurée; elle résonne à la percussion avec le manche du scalpel; elle se renverse en dehors quand on incise les circonvolutions en long; mais le plus souvent, au ramollisssement succède l'ulcération au troisième degré. Les petits trous de communication, pour les vaisseaux qui pénètrent dans le cerveau, s'agrandissent, forment de petits godets qui s'unissent par leurs bords et forment ainsi une perte de substance qui donne à la surface des circonvolutions un aspect rugueux. Cette ulcération augmente d'étendue, et alors toute la surface de la circonvolution disparaît, et il reste des bords coupés à pic.

Dans ces différents cas les vaisseux disparaissent, on ne peut plus les constater; c'est alors, quand la maladie est ancienne, que l'arachnoïde et la pie-mère semblent aussi disparaître, car elles sont réduites à un pédicule si mince, qu'on ne peut les enlever que par couches excessivement fines, et mieux par filaments.

La substance blanche prend alors une couleur terne spéciale; elle semble aussi, dans l'épaisseur des circonvolutions, diminuer de volume; quand on les coupe, elle paraît enfoncée et présente une cavité dont les bords sont formés par la substance grise ramollie, indurée ou ulcérée. Le rapport des altérations aux symptômes sont difficiles à établir. Cependant, de l'analyse des faits il résulte qu'à l'altération de la substance grise se rapportent les diverses espèces de délire, et que tout ce qui a rapport aux mouvements, à la contraction musculaire, à la contracture doit être attribué aux modifications présentées par la substance blanche; d'où il suit que le délire, dans l'arachnitis, ne tient pas à l'inflammation des membranes du cerveau, comme on le dit généralement, mais bien à l'inflammation de la surface du cerveau lui-même, ce qui est beaucoup plus philosophique.

(Séance du 3 septembre.)

Observation d'absence complète du vagin.

M. Capuron rend compte à l'Académie d'une observation de M. Manoury, de Chartres, relative à un cas d'absence complète du vagin, qui nécessita chez une jeune fille la ponction avec le trois quarts, puis la dilatation à l'aide de sondes élastiques. La malade était âgée de dix-sept ans, des symptômes graves s'étaient développés, et quelque temps auparavant, tous les mois, des phénomènes annonçant l'établissement de la sécrétion menstruelle avaient éveillé l'attention du médecin qui constata l'absence du vagin. M. Manoury, appelé en consultation, reconnut le même vice de conformation, et décida, après avoir introduit une sonde dans la vessie, et le doigt dans le rectum, à travers la paroi antérieure duquel il reconnaissait facilement la face inférieure de la vessie, que le vagin ne séparait pas ces deux cavités. La pénétration avec le trocart, dans le lieu occupé habituellement par le vagin, fit arriver sur un cul-de-sac fibreux, qui fut traversée, et consécutivement dilaté, au moyen de sondes en gomme élastique. Le sang des règles put prendre sa voie naturelle, on constata la présence du col utérin. Bientôt des phénomènes généraux se développèrent : l'amaigrissement était profond; il y avait de la fièvre avec redoublement, etc. La malade succomba vers le dixième mois. L'autopsie ne put être faite.

— M. Capuron prétend que dans des cas semblables à celui qui vient d'être rapporté, il ne faut jamais tenter l'opération. Du reste, il propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de publier cette observation.

— M. Moreau ne partage pas l'opinion de M. Capuron, et cite les succès de MM. Vuillaume, de Metz, et Amussat, dans des cas d'absence complète du vagin.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Epidémie de fièvre jaune.

—M. Rochoux lit, au nom de M. Chervin et au sien, un rapport sur la relation de deux épidémies de fièvre jaune observées par M. Maës, à la

Havane, pendant l'année 1837, et sur la frégate l'*Herminie*, en 1838. L'auteur du mémoire était chirurgien de ce bâtiment.

Avant de commencer l'analyse du travail de M. Maës, M. Rochoux expose son opinion personnelle sur la fièvre jaune. Suivant lui, c'est une inflammation de l'estomac, des intestins et des vaisseaux biliaires, et une phlegmasie du cerveau et de ses membranes, lorsque les symptômes cérébraux ont été poussés très-loin. Cette phlegmasie, qui s'accompagne, dans son développement et sa progression, d'un appareil fébrile, est très-différente des fièvres intermittentes et rémittentes. Elle réclame nécessairement un traitement antiphlogistique énergique. Quant à ses causes, il faut les chercher d'abord dans une disposition organique, et dans l'*inacclimatement* ou l'influence météorologique d'un climat si différent de celui des zones tempérées.

— M. le rapporteur pense que l'auteur du mémoire a confondu souvent des fièvres intermittentes avec la fièvre jaune proprement dite, ce qui explique pourquoi, dans les chiffres qu'il donne, la mortalité, au lieu d'être d'un tiers, n'est que d'un cinquième.

M. Maës a reconnu, par les autopsies, que la maladie était de nature inflammatoire. C'est dans la muqueuse gastro-intestinale qu'il a surtout trouvé des lésions, les traces non équivoques de la phlegmasie.

Le traitement de l'auteur est rationnel dans ce qui touche à l'hygiène, à la prophylaxie, parce qu'il prescrit les excitants et recommande les calmants physiques et moraux. Mais il préconise le camphre, les vésicatoires; lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu, il administre les diurétiques. La diète des boissons au début, comme moyens d'éviter ou de rendre plus rares les vomissements, lui paraît d'une grande importance. C'est à la saignée du pied qu'il donne la préférence.

M. Maës nie la contagion; il rapporte que l'équipage de deux vaisseaux, qui eut des rapports avec celui de l'*Herminie*, n'en éprouva pas la plus légère incommodité.

—M. Hacquart regarde la nature phlegmasique de la fièvre jaune comme très-peu démontrée; il admet une modification de l'organisme et du sang qui ne réclame autre chose que le traitement antiphlogistique.

—M. Moreau ne pense pas que la maladie soit essentiellement contagieuse, mais elle peut l'être ou le devenir, suivant les localités, suivant la température des lieux où elle se développe.

— M. Bouillaud ne pense pas que la fièvre jaune soit une inflammation simple, mais il admet une modification générale de l'économie et spécialement du sang. Rien ne démontre, selon lui, qu'elle soit contagieuse, pas plus que la dothinentérie.

— M. Rochoux propose des remercîments à l'auteur, et le dépôt de son mémoire aux archives. (Adopté.)

—

M. Leuret a adressé la lettre suivante à l'Académie :

Monsieur le président,

L'Académie n'apprendra pas sans intérêt ce qu'est devenu M. D...., cet ancien officier dont je lui ai communiqué l'observation le 26 mars dernier.

M. D..... était aliéné depuis le commencement de l'année 1824; il avait été placé successivement à Charenton, à Saint-Yon et à Bicêtre; sa maladie, qui s'était aggravée d'année en année, sans avoir jamais présenté aucune rémission, le rendait un des hommes les plus bizarrement stupides qu'il y eût à Bicêtre, et durait depuis près de quinze ans, lorsque j'ai entrepris de le soumettre à un traitement moral énergique et suivi avec une persévérance opiniâtre. L'observation que j'ai lue à l'Académie contient les détails les plus circonstanciés sur les moyens que j'ai employés pour le guérir; elle fait connaître le résultat auquel j'étais arrivé après huit mois de traitement. Aujourd'hui j'ai la satisfaction d'annoncer à l'Académie que M. D.... jouit de toute l'intégrité de son esprit, qu'il a composé, sans recourir à aucun livre, et presque sans faire de rature, une comédie en un acte et trois contes, opuscules dont la lecture n'est pas sans intérêt; qu'il occupe un emploi de commis dans une fabrique de toiles peintes, où l'on n'a qu'à se louer de son activité et de son intelligence, et que cet emploi lui fournit de quoi subvenir à tous ses besoins.

Je desire que messieurs les commissaires nommés pour examiner mon mémoire veuillent bien lire les compositions de M. D.... et prendre à la fabrique où il est employé tous les renseignements dont ils croiront avoir besoin. C'est le moyen d'apprécier la valeur du traitement moral, tel que je l'ai proposé, et de juger s'il est ou non supérieur au traitement médical ordinairement usité en pareil cas.

Parmi les aliénés dont j'ai récemment publié l'observation, il s'en trouve plusieurs que je n'ai pu traiter d'une manière aussi complète que je l'aurais voulu, et dont, pour cette cause, la guérison n'a pas été entière. Quant à M. D....., il n'en a pas été ainsi; lorsque le séjour de Bicêtre ne lui a plus été nécessaire, je l'en ai fait sortir, et depuis je n'ai pas été un instant sans le diriger. J'ai été son médecin et son instituteur; j'ai exercé sur lui l'autorité d'un père, et cette triple qualité m'a mis à même d'achever sa guérison.

La longueur et la difficulté du traitement employé à l'égard de M. D..... ne s'opposeront-elles pas à ce que l'on y ait recours dans des cas analogues au sien, et le fait de sa guérison restera-t-il sans résultat pour la science? non assurément.

Tous les aliénés ne sont ni aussi gravement atteints, ni aussi anciennement malades que l'était M. D..... et ne résisteront par conséquent pas aussi longtemps que l'a fait cet officier, à l'ascendant que la médecine voudra prendre sur eux.

Le médecin chargé de traiter un aliéné peut-il se permettre d'user de contrainte envers son malade, s'il est reconnu que ce moyen employé avec discernement, soit le seul qui présente quelque chance de succès? A mon avis, le médecin qui, le cas échéant, craignant de recourir à la contrainte et même à la douleur, se bornerait à des conseils et à des paroles bienveillantes, ressemblerait au chirurgien qui, pour guérir un membre frappé de gangrène, au lieu de pratiquer une amputation devenue indispensable, se bornerait à des lotions émollientes et à des cataplasmes. Dans le choix des agents thérapeutiques, on ne se laisse pas guider par le dégoût qu'ils inspirent ou par la douleur qu'ils occasionnent, mais par leur mode d'action sur la maladie qu'il s'agit de combattre. Or, pour combatre la folie, quand il faut appeler à mon aide une douleur physique ou une douleur morale, je n'hésite pas à la provoquer, et c'est ce que j'ai fait à l'égard de M. D.....

La folie attribuée à une lésion physique et *toujours visible* du cerveau, par un grand nombre de praticiens modernes, est généralement combattue par des moyens physiques. Les guérisons obtenues à l'aide d'un traitement purement moral sont de nature à renverser, sur ce point, les déductions tirées de l'anatomie pathologique, et feront sentir la nécessité, pour les médecins qui se livrent au traitement des maladies mentales, de s'occuper d'une manière plus attentive que la plupart d'entre eux ne l'ont fait jusqu'ici, du moral de l'homme et des différents modes d'aberrations de ses passions et de ses idées.

Mais je me propose de développer ailleurs ces considérations; ici je dois seulement les indiquer. Je termine donc, et je vous prie M. le président, après avoir donné lecture de ma lettre à l'Académie, de vouloir bien charger MM. les commissaires à l'examen desquels mon dernier mémoire a été renvoyé, de constater l'état actuel de M. D....., de lire ses écrits, et d'en rendre compte à l'Académie.

J'ai l'honneur d'être, etc.

LEURET.

(Séance du 10 septembre.)

Luxation congénitale du fémur.

M. Gerdy fait un rapport : 1° sur deux mémoires de M. Pravaz, relatifs à l'étiologie et au traitement de luxation congénitale du fémur ; 2° sur une note de M. Bouvier à ce sujet ; 3° sur une réclamation de M. Humbert sur le même sujet.

M. le rapporteur présente dans des considérations préliminaires l'état actuel de la science sur les luxations congénitales du fémur. Il passe en revue les points historiques qui se rattachent à cette importante question, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ; décrit ensuite les lésions anatomiques si nombreuses et si variées, qui se rattachent à la lésion primitive, traite des causes de la marche de la maladie, et arrive à l'analyse du mémoire de M. Pravaz.

Le jeune enfant que M. Pravaz a présenté à l'Académie et qui fut vu par plusieurs médecins de Lyon, a été guéri après sept mois de traitement. La cuisse du côté malade est devenue plus longue qu'elle n'était, et les diverses explorations auxquelles M. le rapporteur s'est livré ne lui permettent pas de mettre en doute la rentrée de la tête dans sa cavité. Le peu de profondeur de celle-ci explique l'allongement du membre.

Partant peut-être d'opinions préconçues, dit M. le rapporteur, M. Bouvier a nié que la réduction fût complète; il a trouvé un raccourcissement au lieu de cet allongement que je viens de signaler ; je ne saurais partager son opinion.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 8 juillet.)

PRÉSIDENCE DE M. CHEVREUL.

Moyen de prévenir les traces de la variole ; par M. Larrey, à l'occasion de la communication faite par M. le docteur Legrand, dans la séance précédente.

Le savant académicien avait fait connaître le procédé dont se servaient les Egyptiens pour préserver des ravages de la variole les parties visibles des personnes riches du sexe. Il ajoute que sans avoir besion d'avoir recours aux feuilles d'or, qui sont un moyen assez dispendieux, et difficile à employer, il a obtenu à peu près le même résultat par des onctions répétées sur le visage des varioleux, faites avec l'huile d'amandes douces.

Mémoire sur les plaies sous-cutanée ; par M. le docteur J. Guérin.

On sait que la section sous-cutanée du tendon d'Achille et des autres tendons guérit sans inflammation, au moyen d'un épanchement de matière plastique qui s'organise entre les deux bouts du tendon divisé, et acquiert peu à peu toutes les propriétés physiques du tendon lui-même. Il est cependant arrivé dans quelques cas accompagnés de plaies de la peau plus larges qu'à l'ordinaire, que l'opération a été suivie d'inflammation et de suppuration. M. Guérin attribue ces accidents à la communication de l'air extérieur avec l'intérieur des plaies. Sur environ deux cents sections sous-cutanées de tendons différents qu'il a faites au moyen d'une simple piqûre à la peau, il n'a vu dans aucun cas de réaction inflammatoire.

Le même praticien à fait sur les animaux des expériences pour s'assurer si tous les autres tissus de l'économie pouvaient être divisés sous la peau avec le même résultat, quelles que fussent la largeur et la profondeur des plaies. Il à divisé, chez des chiens la masse des muscles des gouttières vertébrales; il a également fait sous la peau, la section des muscles de la partie postérieure et supérieure de la cuisse, depuis le fémur jusqu'à la peau, y compris aponévroses, vaisseaux et nerfs. Il avait soin de ne faire qu'une très-petite ouverture, et de la fermer ensuite au moyen d'un point de suture.

Dans tous ces cas, il se forma dans la plaie un épanchement considérable; mais cet épanchement se résorba en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et toujours la guérison s'opéra sans inflammation ni apparence de fièvre. Les chiens à qui les masses charnues des cuisses avaient été coupées, étaient d'abord complétement paralysés ; la paralysie diminuait ensuite progressivement, et disparaissait complétement au bout de dix à douze jours.

Chez l'homme, M. Guérin a fait successivement sous la peau, la section de divers muscles du dos, pour le traitement du torticolis ancien. Dans tous ces cas, moins un, les phénomènes, la marche, et la terminaison ont été les mêmes que chez les animaux ; dans le cas qui fait exception, il y eut un peu d'inflammation et de suppuration ; mais dans ce cas; il y avait à la peau deux ouvertures plus grandes que de coutume. Depuis ce temps, il a soin de ne plus faire que de simples piqûres, d'expulser l'air de la plaie, et de fermer les ouvertures au moyen d'emplâtres de diachylon gommé.

Parmi les opérations qui peuvent être ramenées aux conditions des plaies sous-cutanées, l'auteur range certains débridements d'engorgements inflammatoires, l'enlèvement de certaines tumeurs, les débridements des hernies, et la guérison radicale de ces derniers, au moyen de l'occlusion adhésive de leur orifice.

Considérations sur la section des muscles dans le traitement des déviations latérales de l'épine; par M. Bouvier.

Cet auteur ne pense pas que le raccourcissement des muscles joue dans le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine, un rôle aussi prédominant que dans les pieds-bots, les

flexions permanentes des membres et le tortieolis. Voici les raisons qu'il en donne :

1° Quand on s'efforce, sur un sujet vivant, de redresser les courbures latérales de l'épine, on ne voit point, le long des gouttières vertébrales de cordes musculaires se former du côté de la concavité. La seule tension qu'on y observe est due, comme de l'autre côté, aux contraetions passagères des muscles.

2° Selon lui, la torsion de l'épine dans les déviations latérales, résulte d'une déformation particulière de ces os, qui se produit dès le début de leur courbure anormale, et non pas d'un mouvement réel des vertèbres autour de leur axe. Au commencement de la courbure, les muscles ne subissent encore aucun changement; ils se prêtent à toutes les inflexions, mais à la longue, lorsque la déformation des os a fait des progrès considérables, le rapprochement de leurs attaches les jette, à la longue, dans un état de raceourcissement permanent.

3° Enfin M. Bouvier objecte à M. Guérin, que sur un cadavre gibbeux, les courbures de l'épine subsistent au même degré après l'enlèvement des muscles, et les nombreux squelettes de bossus que renferment les musées d'anatomie en font foi : au contraire, dans les véritables contractures des membres et du cou, la division des muscles permet d'effacer ces contractures en un instant, quand elles ne sont pas trop anciennes, de sorte que l'on peut faire disparaître à volonté la difformité sur le squelette ; c'est que les déviations des membres ne sont que des transpositions de contacts articulaires, et les puissances qui retenaient les os dans leurs rapports anormaux, une fois détruites, ne s'opposent plus à ce qu'on rétablisse leur situation respective. Mais dans les courbures de l'épine, il n'y a point de déplacements articulaires ; les corps des vertèbres et leurs apophyses conservent leurs rapports naturels, et se correspondent toujours exactement. La section des muscles ne peut donc servir ici a rétablir des rapports qui ne sont point altérés, et il est évident qu'elle ne peut rien contre la forme irrégulière des os ; ces conclusions, ajoute-t-il, ne se rapportent qu'à la partie théorique de la lettre de M. Guérin; le temps seul fixera la valeur des faits de guérison qui y sont annoncés.

(Séance du 15 juillet.)

Sur la fréquence des hernies selon le sexe, les âges, et relativement à la population ; par M. Malgaigne.

L'auteur établit la fréquence des hernies dans les deux sexes, en s'appuyant sur trois séries d'observations, recueillies au bureau central, pendant les deux mois d'octobre et de novembre 1835, pendant toute l'année 1836 et pendant l'année 1837.

Le nombre des hommes pour la première série est trois cent trente-cinq, celui des femmes soixante-quinze ; rapport 4,5 : 1.

Pour la deuxième série deux mille sept cent soixante-sept individus, dont deux mille deux cent trois hommes, et cinq cent soixante-quatre femmes ; rapport 3,91 : 1.

Dans la troisième série, enfin, on trouve deux mille trois cent soixante-treize hernies, dont mille huit-cent quatre-vingt-quatre hommes et quatre cent quatre-vingt-neuf femmes ; rapport 3,89 : 1.

Les recherches sur la fréquence comparative des hernies suivant les âges, ont également pour base les deux séries des années 1836 et 1837, considérées chacune isolément.

Les hernies paraissent plus nombreuses chez les enfants âgé de moins d'un an, que chez ceux de un à deux. Le nombre va en diminuant pour les époques de deux, trois et quatre ans accomplis.

En considérant les années suivantes de cinq à douze ans, on trouve une recrudescence qui devient encore plus apparente de treize à vingt ans. Mais cet accroissement porte uniquement sur le sexe masculin.

De vingt à vingt-huit ans, il y a chez les hommes un accroissement de un quart sur la période précédente ; pour les femmes, un accroissement presque du double. On peut attribuer ce dernier à l'influence du mariage et de la grossesse ; de vingt-huit à vingt-neuf ans, on remarque une augmentation notable encore plus forte chez les femmes que chez les hommes, et annonçant une influence cachée, qui s'accroit dans les périodes suivantes :

De 30 à 35 ans, le chiffre général des hernies demeure presque stationnaire ; de trente-cinq à quarante ans ans, accroissement considérable et subit.

De quarante à cinquante ans, la moyenne tombe un peu ; mais chez les femmes la proportion qui, pour l'ensemble des périodes de la vie est du quart, se trouve monter au tiers dans celle-ci.

De cinquante à soixante ans, le chiffre des hernies redevient un peu supérieur à ce qu'il était de trente-cinq à quarante ans ; il y a augmentation de hernies chez les hommes, et diminution chez les femmes.

De soixante à soixante-dix ans, le chiffre général baisse, celui des femmes restant à peu près le même.

Dans la période de soixante-dix à quatre-vingts ans, le chiffre des hernies chez les hommes n'a pas baissé tout à fait de moitié, tandis que celui des femmes a diminué des deux tiers.

M. Malgaigne s'est aussi occupé du rapport des hernies au chiffre de la population, en France, il a trouvé deux individus sur quarante et un environ affectés de hernies. Il s'est également occupé de la fréquence comparative de cette maladie dans les différentes provinces ; mais ces détails mèneraient trop loin.

Sur les déviations latérales de l'épine dorsale ; par M. Hossard.

L'auteur combat l'opinion de M. Guérin qui regarde les contractions musculaires comme cause principale de ces déviations. Il fait remarquer qu'on les rencontre principalement chez des sujets dont le système musculaire offre peu d'énergie, qu'ainsi elles sont très-rares chez les hommes (à moins qu'elles ne tiennent au rachitisme, ou à une maladie des os), plus rares encore peut-être parmi les jeunes filles de la campagne, et très communes au contraire chez les jeunes filles élevées dans les villes.

(Renvoi à la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Guérin.)

(Séance de 22 juillet.)

Remarque sur le traitement de la gravelle; par M. Civiale.

L'auteur représente comme inexacte, et par conséquent dangereuse, la théorie purement chimique qui a servi de base au traitement curatif et préservatif de cette affection. Selon lui, on

a pris pour la maladie ce qui n'est en réalité qu'un résultat d'un ou plusieurs états morbides de l'appareil urinaire. Il a été, dit-il, conduit à reconnaître que ce n'est ni dans les caractères physiques de la gravelle, ni dans les accidents qu'elle entraîne, que se trouvent les principaux obstacles à l'expulsion spontanée des graviers à mesure qu'il descendent des reins. Ces obstacles, il les rapporte presque exclusivement à des maladies de l'urètre, de la prostate ou de la vessie. Les nouveaux moyens de traitement qu'il propose, et dont il assure avoir constaté l'utilité, ont surtout pour effet de paralyser l'influence de ces états morbides. Cette influence elle-même exerce une action puissante sur la formation de la gravelle dans les reins, et dans un grand nombre de cas il a suffi de rétablir l'excrétion de l'urine à l'état normal, pour empêcher la formation de la gravelle.

Explication du mécanisme de l'œil; par M. Vallée.

L'auteur admis à lire cette note annonce qu'il s'était occupé de la vision dans le *Traité de la science du dessin* qui fait suite à son *Traité de la géométrie descriptive.* Le mémoire qu'il présente aujourd'hui fait suite à ces travaux. Voici quelques-uns des faits nombreux sur lesquels il appuie sa théorie de la vision. L'humeur vitrée est composée de couches de plus en plus denses, à mesure qu'elles sont plus rapprochées du fond de l'œil; pour un point rayonnant, situé à la distance de la vision distincte, le foyer, à chaque réfraction que les rayons éprouvent au delà du cristallin, se rapproche de la rétine, et les rayons, presque parallèles et confondus, quelles que soient leurs couleurs, arrivent sur la choroïde, et y peignent un point; de là, des images nettes pour les petites distances, au lieu des images irisées auxquelles on était conduit par la théorie admise. Mais il faut aussi que la vision, à de grandes distances, ait beaucoup de pureté; pour cela, il arrive que, dans le vivant la puissance réfringente des diverses parties de l'œil est très-forte, ce qui fait que le foyer, à la sortie du cristallin, est très-rapproché de ce corps. Or, il résulte de là qu'un déplacement de quelques dixièmes de millimètre, dans la position de ce même corps, suffit pour que la vision d'un point très-éloigné s'opère aussi nettement que celle d'un point rapproché. Cette théorie, ajoute-t-il, sera rigoureusement établie dans les mémoires suivants.

Dans son troisième mémoire, il s'occupe de la recherche des conditions géométriques auxquelles satisfait le dessin linéaire de l'image du fond de l'œil. Ces conditions feront voir qu'un point rayonnant, situé à quatre-vingt-dix degrés de l'axe optique, a son image située à peu près sur la droite, menée par le centre de l'œil, perpendiculairement à cet axe. C'est un fait encore inobservé, et d'où il résulte que la marche des rayons dans l'intérieur de l'œil, pour les objets vus obliquement, est bien autrement compliquée qu'on ne le pensait.

Recherches sur le mécanisme de la voix; par M. Nonat.

L'auteur a été conduit à conclure que de toutes les théories qui ont été jusqu'à présent proposées pour expliquer le mécanisme de la voix, la seule qui s'accorde avec les observations anatomiques, comme avec les expériences faites sur les animaux morts et sur les animaux vivants, est celle qui assimile le larynx à un *appeau.*

Emploi de l'huile provenant de la distillation des schistes pour le traitement de la gale. — Lettre de M. Sellinge.

Il se trouvait plusieurs galeux dans les trois établissements qu'il a formés pour la distillation des schistes bitumeux du département de Saône-et-Loire. Or, ces ouvriers se sont guéris assez promptement et sans communiquer la gale à leurs camarades. Comme ses hommes sont continuellement imbibés d'huile schisteuse, M. Sellinge a cru devoir attribuer leur guérison à l'action de cette huile. Des essais qu'il a faits sur des bœufs, des moutons et des chevaux affectés de la gale, ont parfaitement réussi. Un demi-kilogramme d'huile de schiste légère suffit ordinairement pour plusieurs animaux, et comme le kilogramme d'huile revient seulement à vingt centimes, on voit que ce traitement est peu coûteux.

Renvoi à la section de médecine.

(Séance du 30 juillet.)

M. le président annonce la perte douloureuse que l'Académie vient de faire dans la personne d'un de ses membres, M. de Prony, décédé le 29 juillet 1839.

Recherches sur la structure intime du poumon de l'homme et des animaux vertébrés; par M. Bazin.

L'auteur a constaté par de nombreuses préparations faites sur le poumon de l'homme, et sur celui d'un grand nombre de mammifères, que la membrane aérifère qui tapisse la trachée-artère, les bronches et leurs subdivisions forme un arbre creux, dont les branches, les rameaux et les ramuscules, et enfin les terminaisons en cul-de-sac, ne communiquent entre elles que par le tronc ou la ramification bronchique qui leur donne naissance.

Si après avoir rempli de mercure une portion de poumon, on la laisse dans l'eau un certain nombre de jour, on pourra enlever successivement la plèvre, la capsule pulmonaire, et mettre ainsi les cœcums bronchiques à nu. Le poumon des mammifères est pourvu d'une capsule pulmonaire en tissu élastique; elle a une épaisseur remarquable dans l'éléphant.

D'après ses expériences qu'il serait trop long de décrire, il définit un lobe pulmonaire une ramification bronchique circonscrite par les ramifications de la capsule pulmonaire. Dans les poumons non lobulés comme celui du genre *canis*, la capsule pulmonaire est extrêmement mince, et forme un réseau élastique à larges mailles.

(Séance du 5 aout.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation de l'ordonnance royale relative à la fondation du prix Cuvier, qui autorise l'Académie royale des Sciences à accepter l'offre faite par la commission des souscripteurs pour la statue de G. Cuvier, d'une somme de 7,000 francs, destinée à la fondation d'un prix qui portera le nom de Cuvier.

Cette somme de 7,000 francs sera placée en rentes sur l'état, au profit de l'Académie, et le produit servira à former le montant de ce prix qui sera distribué tous les trois ans à l'auteur

de l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Emploi chez les Anciens, de l'huile de pétrole dans le traitement de la gale. Extrait d'une lettre de M. Fournel.

L'auteur cite à l'appui de son assertion des textes de Plines et de Vitruve. Tous ces auteurs des XV, XVI et XVIIe siècles, en ont parlé. En 1721 encore, un nommé d'Eyrinis retirait par la distillation de la pierre asphaltique du Val-de-Travers, dans le canton de Neufchâtel en Suisse, une huile dont il vantait beaucoup l'efficacité pour la guérison de la gale, et il assurait avoir guéri de cette manière, plus de trente personnes.

VARIÉTÉ.

Réforme d'abus dans les hôpitaux.

Nous avons, dans les numéros des 25 avril, 15 et 25 mai derniers, reproduit les abus que la commission des médecins des hôpitaux avait signalés en en demandant la réforme au conseil général des hospices. L'administration s'est empressée de répondre aux réclamations qui ont été faites, non-seulement par des explications tendant à la justifier, mais par une délibération dont la mise à exécution améliorera le service de hôpitaux et donnera à ces asiles de l'humanité souffrante la plupart des avantages que le pauvre a droit d'y trouver.

Voici la délibération prise par le conseil général, en date du 7 août 1839 :

Art. 1er. Un four de plus sera mis en activité dans l'établissement de la boulangerie générale, et une brigade de boulangers sera affectée à son service, afin d'assurer une meilleure qualité au pain, et surtout au pain moyen distribué dans les hospices de la vieillesse.

2. M. le préfet de la Seine et le conseil municipal sont invités à vouloir bien hâter de tout leur pouvoir la distribution d'eau dans le douzième arrondissement, de manière à en pourvoir le plus tôt possible les deux maisons de la Pitié et de la Vieillesse-Femmes.

3. Le conseil invite le directeur de la pharmacie centrale et les pharmaciens des hôpitaux et hospices à porter leurs recherches sur les moyens que la science pourrait fournir pour reconnaître la qualité du lait, et à constater, autant que possible par les moyens actuellement connus, celle du lait livré aux établissements hospitaliers.

4. Pour faciliter l'inspection que les médecins et les chirurgiens sont autorisés à faire des comestibles de la cuisine, et en constater les résultats, il sera ouvert, dans chaque établissement hospitalier, un registre divisé par colonnes indiquant la nature des comestibles employés, et en marge la date de l'inspection.

Les médecins seront invités à vouloir bien, chaque fois qu'il leur conviendra d'inspecter la cuisine, énoncer leur opinion sur chaque nature de comestible dans la colonne qui y répondra, et à signer.

Une partie de ce livre sera spécialement destinée à recevoir les observations des médecins et des chirurgiens, tant sur la pharmacie que sur les autres parties du service qui se rattachent à la santé et au bien-être des indigents et des malades. Ils voudront bien les consigner, au moins une fois par mois, et s'ils n'ont pas d'observation à faire, le déclarer et signer.

A la fin de chaque mois le directeur enverra au conseil copie de ce qui aura été porté sur ce livre.

5. Il sera fait à l'Hôtel-Dieu et à la Salpêtrière, sous l'inspection de membres du conseil, des essais comparatifs sur l'emploi du beurre frais et du beurre salé, et sur la différence de dépense qui pourrait en résulter dans les différentes saisons ; il en sera rendu compte au conseil avant la formation du prochain budget.

6. La commission administrative invitera MM. les membres de la commission des médicaments pour 1839, à vouloir bien faire passer le plus tôt possible, au conseil, leurs observations sur le projet de régime alimentaire, de manière à ce que le conseil puisse en délibérer et obtenir les autorisations et crédits nécessaires pour mettre ce règlement à exécution, s'il y a lieu, au 1er janvier prochain.

7. Le service des ventouseurs sera étendu dans les hôpitaux où les médecins l'indiqueront comme nécessaire.

8. La réception des sangsues à la Pharmacie Centrale aura lieu, à l'avenir, par le chef et le garde-magasin de cet établissement, assistés de deux pharmaciens des hôpitaux et hospices, appelés à tour de rôle.

9. Il sera demandé au budget de 1841 un crédit extraordinaire pour l'habillement des indigents dans les hospices et hôpitaux.

Il sera présenté, à l'appui de cette demande, un état des besoins, des ressources en magasin et des objets nécessaires pour compléter cette partie du service

10. Une commission sera formée et chargée d'examiner s'il y aurait avantage et possibilité de former un hôpital de convalescents, ou même d'affecter, dans les hôpitaux, des salles spéciales aux convalescents.

11. Une commission, composée des médecins de l'hôpital Saint-Louis, de membres de la commission administrative et du conseil général, se réunira sous la présidence de celui de ses membres chargé de la surveillance spéciale de cet hôpital, à l'effet d'examiner quels moyens pourraient être employés pour étendre et améliorer le traitement de la gale.

12. La commission du budget de 1841 examinera s'il y a lieu : 1° à allouer au chapitre du personnel un crédit destiné à rétribuer des infirmiers supplémentaires lorsque leur service serait nécessaire ; 2° à accorder une augmentation de salaire aux infirmiers et infirmières qui auraient bien servi pendant un certain nombre d'années.

Tous les médecins des hôpitaux de Paris, nommés depuis 1830, sont soumis à une réélection quinquennale. Cette mesure avait été adoptée pour mettre des bornes à la scandaleuse inexactitude de quelques-uns de nos confrères ; on cite en effet tels médecins qui n'ont pas fait une seule fois leur visite depuis cinq ans, et qui ne viennent à l'hôpital que pour signer la feuille d'appointement. Mais la réélection n'atteignait pas les médecins nommés avant 1830, dont plusieurs semblaient précisément se jouer des avertissements de l'administration et de la vie des malades. Le conseil des hôpitaux a donc demandé au ministre, que la réélection fût générale ; le ministre a accédé avec empressement à cette demande, malgré les démarches pressantes de ceux qui en avaient été l'occasion. Le règlement est revenu au conseil, et, dans la première séance de novembre prochain, tous les médecins nommés avant 1830 vont être réélus : on cite comme devant être remerciés, MM. Petit et Magendie à l'Hôtel-Dieu ; MM. Richerand et Man-

ry, à Saint-Louis ; M. Jadelot, aux Enfants-Malades. Pour rendre cette exclusion un peu moins pénible, le conseil se réserve de conserver aux médecins renvoyés, le titre d'*honoraires* et leurs *appointements*.

Nous ne nous ferons pas juges entre le conseil des hôpitaux et les médecins ; que l'on conserve les appointements de MM. Petit et Jadelot, qui sont arrivés à la caducité en servant dans les hôpitaux, et dont les forces ne peuvent plus soutenir le zèle, rien de mieux ; mais que l'on conserve les appointements de MM. Richerand, Magendie, et Manry qui n'ont pas la même excuse à alléguer, c'est ce que nous ne pouvons comprendre. Ce sont là des demi-mesures déplorables.

Nous ne savons si ces trois messieurs font leur service ; s'ils le font, le conseil des hôpitaux est inique en les renvoyant ; s'ils ne le font pas, il faut les renvoyer sans appointements. Les jeunes médecins du bureau central, qui vont être nommés à leur place, et qui pour la plupart sont dans la pauvreté, seront astreints à un déplacement coûteux, à une perte de temps considérable, et ne toucheront pas d'appointements ; tandis que des hommes qui, dit-on, ont démérité, jouiront du fruit du travail des autres.

—

— M. le professeur Sanson vient d'être guéri de la pierre par la lithotritie. Les circonstances particulières dans lesquelles se trouvait le calcul apportaient au succès de l'opération de nombreuses difficultés qu'a heureusement surmontées l'opérateur.

—On écrit de Strasbourg, que M. le professeur Stoltz vient de faire encore une fois l'opération césarienne ; aujourd'hui le dix-huitième jour, la mère et l'enfant se portent bien.

— Un concours va s'ouvrir pour une chaire de pathologie externe à la Faculté de Médecine de Montpellier. Tout le monde est frappé de trouver le programme de cette chaire plus facile que celui du concours pour l'agrégation. Il n'y a aucune épreuve de clinique ; le jury se propose de demander au conseil de l'Université que cette lacune importante soit remplie.

— Un concours est ouvert à la Faculté de Médecine de Paris, pour une chaire de pathologie interne, laissée vacante par M. Andral, qui prend celle de pathologie générale ; il commencera le 11 novembre prochain. Le registre d'inscription sera fermé le 11 octobre.

— Dans la dernière séance de la société de phrénologie, M. Bouillaud a offert un prix de 1000 fr. au magnétiseur qui pourrait lui montrer un somnambule lisant avec un bandeau sur les yeux. M. Bouillaud n'exige que deux conditions : 1° qu'il mettra lui-même le bandeau ; 2° que l'expérience se fera devant douze personnes désintéressées dans la question.

Les treize candidats suivants se présentent pour la prochaine place vacante à l'Académie, dans la section d'anatomie pathologique ; ce sont : MM. Martinet, Gauthier de Claubry, Dezeimeris, Bayles, Abraham, Lewiski, Prus, Scipion Pinel, Piedagnel, Brierre de Boismont, Montault, Sédillot, Dalmas, Huguier. On assure que M. Dezeimeris s'est retiré de la candidature, et que dans une lettre qu'il a écrite à l'Académie, il a fait valoir pour motif de sa retraite, la certitude que le nom du candidat qui devait être élu est connu d'avance.

—

ERRATUM.

Dans le numéro d'août 1839, page 59, 2e colonne, 3e paragraphe, *au lieu de :*

1° La vaccinelle est le produit de l'insertion de la vaccine vraie chez quelques variolés, etc., etc.

Lisez :

La vaccinelle est le produit de l'insertion de la vaccine vraie chez *des vaccinés ou chez quelques variolés*, ayant généralement etc., etc.

Le directeur de service A. TROUSSEAU.

Imprimerie de Degourchant, rue d'Erfurth, 1.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 5. — NOVEMBRE. 1839.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde, observée dans l'enfance.

Le but de ce mémoire est de fixer le mode de traitement qu'on doit employer de préférence dans la fièvre typhoïde chez les enfants.

Les recherches dont ce but à été l'objet, pourront paraître d'abord d'une utilité secondaire aux yeux des personnes qui, sur la foi des auteurs les plus recommandables, regardent l'affection typhoïde comme aussi rare chez l'enfant que chez le vieillard. Dans ce cas encore ne devrait-on pas négliger de chercher un traitement efficace contre une maladie, rare il est vrai, mais fort grave. Toutefois il n'en est pas ainsi, et la fièvre typhoïde ne doit plus être comptée parmi les maladies propres à l'âge adulte; elle n'est pas dans l'enfance aussi rare qu'on l'a avancé; je dirai plus, elle est aussi fréquente à cet âge, qu'à aucune autre époque de la vie : les preuves ne manqueront pas à cette assertion.

Une observation attentive a confirmé dans mon esprit ce que j'avais déjà pu soupçonner théoriquement, d'après l'analogie frappante que je trouvais entre la fièvre typhoïde, et les affections exanthémateuses. En effet elle est, ainsi que ces maladies, caractérisée anatomiquement par une éruption spéciale développée à la surface du tissu cutané; se traduit comme elles à nos yeux, par des dérangements simultanés de toutes les fonctions organiques, suivant une marche, que rien ne peut entraver; elle ne se montre aussi qu'une fois pendant tout le cours de la vie. Poussons plus loin le rapprochement : si les exanthèmes se développent de préférence dans un âge peu avancé, la fièvre typhoïde ne devait-elle pas avoir pour l'enfance la même prédilection? Qu'on me passe cette courte digression théorique, la seule que je me sois permise dans ce mémoire, je vais de suite aborder les faits.

Un grand nombre de personnes qui exercent la médecine, ou de celles qui, étrangère à notre profession, sont douées de connaissances suffisantes, se rappellent que dans leur enfance, de sept à quatorze ans, elles ont éprouvé une affection grave, caractérisée par des lésions simultanées des systèmes nerveux, respiratoire et digestif, par un accablement profond, une fièvre vive, affection qui s'est prolongée pendant une quinzaine de jours, et a été suivie d'une convalescence longue : eh bien! cette maladie n'est autre que la fièvre typhoïde. J'ai moi-même été atteint, à l'âge de douze ans, d'une affection semblable, et quand je compare les accidents que ma mémoire me rappelle, ou qui sont présents au souvenir des personnes qui m'entouraient, quand, dis-je, je les compare avec les symptômes offerts par les sujets dont j'ai recueilli l'observation, je trouve une identité parfaite.

D'un autre côté j'ai pu, pendant le semestre d'hiver de trois années, rassembler près de cent faits dans l'une des divisions du service des maladies aiguës, à l'hôpital des Enfants, et un grand nombre d'observations semblables ont été faites par mes collègues, ou par les médecins et les élèves qui suivent les visites de l'hôpital. Quelques-uns de ces fait sont été insérés comme tels dans les journaux de médecine; d'autres ont été publiés avec un titre qui ne leur convenait pas; je tâcherai de rectifier ces erreurs dans un court exposé historique.

M. Senn, de Genève, dans son mémoire (*Recherches sur la méningite aiguë des enfants*; Paris 1825.), a donné, pour des cas d'affections cérébrales, plusieurs observations, dans lesquelles la lésion du cerveau et des méninges, peut être révoquée en doute. Ainsi, dans trois cas (observ. 8, 13, 14), on avait affaire évidemment à des fièvres typhoïdes; il en était probablement ainsi dans trois autres (2, 3, 4): le manque de détails suffisants sur l'autopsie ne permet pas de porter un diagnostic bien précis. Enfin l'observation 11 offre un exem-

ple, bien rare d'ailleurs, de fièvre typhoïde compliquée de méningite. A la même époque déjà, et depuis, M. le docteur Scellier observait un grand nombre de fièvres typhoïdes sur les enfants placés à l'hôpital.

Les observations 68, 74, 75, consignées dans l'ouvrage d'Abercrombie (*Des maladies de l'encéphale*, traduit par M. Gendrin, Paris 1832.), doivent être regardées comme des fièvres typhoïdes, avec prédominance des phénomènes cérébraux ; la présence et la gravité des symptômes abdominaux concomitants, l'amélioration rapide et la guérison survenue après l'emploi des purgatifs, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie.

M. Rufz (*Archives de médecine*, février 1833) rapporte, sous le numéro 11, une observation de fièvre typhoïde, qu'il intitule méningite suivie de guérison. La diarrhée, le météorisme, la présence du catarrhe pulmonaire, la lenteur de la convalescence, les récidives et la diarrhée auraient dû lui faire porter un autre diagnostic. La première des observations, qu'il appelle affections cérébrales soupçonnées, offre un exemple de la même erreur.

En 1834, M. le docteur Henri Bell, alors interne à l'hôpital des Enfants, écrivait dans sa thèse inaugurale cette proposition qui lui était suggérée par l'examen des faits : La fièvre typhoïde n'est pas rare chez les enfants.

Dans la même année, M. Gendron, aujourd'hui médecin à Chinon, recueillit huit observations de fièvre typhoïde, traitées par les purgatifs, et que M. de Larroque a insérées dans le travail présenté par lui à l'Académie des Sciences.

M. le docteur Constant a publié dans la *Gazette médicale*, mai, novembre 1833; mai, août 1834; mai, septembre 1835; février 1836, plusieurs observations de fièvre typhoïde avec autopsie, et d'autres suivies de guérison. M. Littré (article dothiénentérie, du Dictionnaire en 25 volumes) cite un cas observé chez un enfant de vingt-deux mois. Depuis cette époque, M. Barthez et Rilliet, Barrier, Roger, Baron, Dugast, ont recueilli un assez grand nombre de faits semblables.

M. Becquerel (*Archives*, avril 1839) consacre un article à l'examen de la pneumonie compliquant la fièvre typhoïde, et il analyse dix-huit faits qu'il a observés dans le service de M. Jadelot. 1837.

La rareté de cette affection, chez l'enfant, est donc plus apparente que réelle. A quoi tient cette opinion erronée qui a régné jusqu'à ce jour? Je crois qu'on peut l'attribuer aux raisons suivantes : 1° le praticien, prévenu par les assertions de tous les auteurs, ne s'attend pas à rencontrer la maladie, la traite, la guérit sans l'avoir reconnue, et, dans les cas funestes, la rareté des autopsies faites en ville ne lui permet pas de rectifier son diagnostic. 2° Elle échappe à ses regards quand elle se montre sous une forme légère, ce qui a lieu fort souvent. — Les symptômes alarmants ne durent alors que peu de jours. 3° Dans les cas graves on la prend pour un exanthème qui a avorté, une inflammation gastrique ou intestinale, une maladie vermineuse; ou plus souvent pour une affection cérébrale. Il n'est pas de médecin de la ville qui n'ait, pour sa part, guéri ou vu guérir un bon nombre de fièvres cérébrales ; et pourtant, demandez aux médecins spéciaux de compter les guérisons qu'ils ont obtenues dans les affections réelles du cerveau ou des méninges, les uns vous citeront des exemples fort rares, les autres vous diront que la guérison est une exception dans ces maladies.

Il importe donc, on le voit, de décrire l'affection typhoïde des enfants, d'indiquer, pour les éviter, les conditions dans lesquelles on la voit se développer, afin de la prévenir, s'il est possible, ou du moins de diminuer sa gravité ; il importe de tracer fidèlement ses symptômes, sa marche, ses terminaisons variées, et de faire ressortir de toutes ces considérations un traitement convenable ; c'est ce que j'ai entrepris. J'ai commencé ces recherches pendant mon internat à l'hôpital des Enfants malades, et je les ai continuées depuis avec le plus grand soin ; j'offre aujourd'hui au public le résultat que j'ai obtenu.

Nature de la maladie. — Si j'ai comparé la fièvre typhoïde des enfants aux fièvres éruptives, je n'ai rien voulu préjuger sur sa nature; je ne chercherai pas à la définir, je la décrirai seulement. Ce n'est point une maladie nouvelle dont je fais ici l'histoire, c'est celle qui a été appelée gastro-entérite par M. Broussais; fièvre entéro-mésentérique par MM. Petit et Serres; fièvre typhoïde par MM. Louis et Chomel. Chez l'enfant comme chez l'adulte elle est caractérisée par une fièvre vive, de la céphalalgie, une lassitude générale, des douleurs au ventre, de la diarrhée, du météorisme, des gargouillements, un catarrhe pulmonaire plus ou moins intense, une éruption papuleuse lenticulaire. A l'autopsie, on trouve les mêmes altérations constantes, le gonflement des ganglions mésentériques et de la rate, et l'ulcération des plaques de Peyer.

Étiologie. — L'étiologie est toujours la partie la plus obscure de l'histoire des maladies. Cette proposition, vraie pour la plupart des affections internes, trouve surtout son application dans celle qui nous occupe. On ne connaît rien de certain sur les causes qui peuvent la produire; je vais examiner successivement toutes celles auxquelles on a attribué de l'influence, dans le développement de la fièvre typhoïde chez l'adulte, et chercher, d'après les observations que j'ai recueillies, à apprécier la part qu'elles peuvent avoir dans la production de cette maladie chez l'enfant.

Acclimatement. — Dans leurs ouvrages, MM. Petit, Serres, Louis et Chomel, insistent beaucoup sur l'acclimatement, considéré comme cause importante de la fièvre typhoïde, et attribuent presque exclusivement cette affection au changement brusque d'eau, d'air, de lieu, de nourriture, et d'habitudes. Un

grand nombre de sujets, dont j'ai rapporté l'observation, étaient récemment arrivés à Paris. Sur cent vingt et un, vingt-quatre seulement n'avaient pas quitté cette ville, lieu de leur naissance; cinq habitaient les environs de Paris, où ils étaient nés; un enfant fut apporté de Melun à l'hôpital, au commencement de la convalescence d'une fièvre typhoïde grave; enfin, deux de mes observations manquent de renseignement précis à cet égard; quatre-vingt-neuf étaient arrivés à Paris depuis un temps plus ou moins long; les uns l'avaient quitté peu de temps après leur naissance, pour y revenir après une absence de deux années ou plus; les autres, et c'est le plus grand nombre, s'y trouvaient pour la première fois au moment où ils ont été atteints. La distance de leur changement de séjour à l'époque de l'innovation a été fort variable: trente-huit ont été pris dans les six premiers mois, les uns après trois, cinq ou six semaines, les autres, plus nombreux, après quatre ou six mois; trente-huit sont tombés malades du septième mois à la fin de la seconde année, et le nombre de ces sujets est d'autant plus grand que l'on se rapproche davantage de l'arrivée à Paris. Enfin treize cas se sont montrés sur des enfants qui avaient passé de trois à huit ans dans leur ville. Ces derniers sujets doivent, je crois, rentrer dans la classe de ceux qui n'avaient point quitté Paris, car, après plus de deux ans de séjour, on peut les considérer comme acclimatés.

De l'examen de ces faits faut-il conclure que l'acclimatement seul a développé la maladie? Nous avons, il est vrai, quatre-vingt-neuf faits qui militent en faveur de cette opinion, car la plupart de ces enfants se trouvent dans des conditions hygiéniques un peu meilleures en général que dans leur pays, mieux nourris, mieux logés, mieux vêtus, et cependant dans leur pays ils n'ont pas contracté la maladie. Et d'ailleurs nous trouvons dans nos observations que, sur ces quatre-vingt-neuf sujets, vingt ont éprouvé, dans les premiers temps de leur séjour à Paris, une influence très-notable qui s'est manifestée chez douze, par une augmentation momentanée, mais considérable de l'appétit; chez huit, par de la céphalalgie, des épistaxis, de la diarrhée, de l'amaigrissement. On ne doit donc pas refuser d'admettre une action bien marquée de l'acclimatement; mais d'un autre côté, la maladie se développe chez un certain nombre d'enfants (vingt-quatre) qui n'ont point quitté Paris et se trouvent, pour la plupart, dans de mauvaises conditions. L'acclimatement n'est donc pas indispensable au développement de la fièvre typhoïde, et dès lors son influence doit être considérée comme bien moins énergique. Que conclure de ces faits opposés? Faut-il, avec M. Littré (1), les interpréter autrement que ne l'ont fait les auteurs, et dire que si les *enfants* contractent la fièvre typhoïde peu de temps après leur arrivée à Paris, c'est qu'ils approchent de l'âge auquel ils doivent en être atteints? Cette opinion serait encore démentie par les faits dans lesquels la fièvre typhoïde apparaît brusquement après un séjour de quelques semaines à Paris, aux époques de l'enfance qui ont offert les cas les moins nombreux. Il vaut mieux, je crois, poser en principe que l'âge est la cause prédisposante la plus énergique, et que les modifications brusques, qui résultent pour les enfants de leur changement d'habitudes, peuvent hâter chez eux le développement de la maladie.

Age. — La fièvre typhoïde m'a paru rare chez les enfants très-jeunes; je n'en ai pas rencontré au-dessous de deux ans: cependant on reçoit à l'hôpital des Enfants-Malades un très-grand nombre d'enfants de quinze ou dix-huit mois et quelquefois même de plus jeunes.

M. Littré cite (1) un cas bien tranché, observé sur un sujet de vingt-deux mois. Les années qui m'ont offert les cas les plus nombreux sont la quatrième, la sixième, la septième, la neuvième, la onzième, la douzième, la treizième, et surtout la quatorzième.

Sexe. — Il m'a semblé, d'après ce que j'ai pu voir chez l'adulte, que la fièvre typhoïde était plus fréquente et plus grave chez les hommes que chez femmes. J'ai remarqué la même différence chez les enfants: ainsi je compte quatre-vingt-six garçons et seulement trente-cinq filles. Peut-être cependant cette différence n'est-elle qu'apparente, et elle tiendrait à ce que les filles sont en général mieux traitées que les garçons; leur maladies, par cela même moins graves, les conduiraient moins souvent à l'hôpital.

Tempérament. — Je n'ai pu saisir aucune liaison entre la fréquence de la maladie et la prédominance de tel ou tel tempérament, je n'ai pas même remarqué de modification dans la forme ou la marche de la maladie; ainsi je n'ai pas vu que les sujets pléthoriques présentassent plus que les autres une forme inflammatoire; les sujets nerveux, une forme cérébrale, ni les tuberculeux, une forme pectorale.

Saisons. — C'est en hiver que j'ai recueilli le plus grand nombre de mes observations; hiver quatre-vingt-huit, été neuf, printemps dix, automne quatorze (2). Je me garderai bien

(1) Loco citato.

(1) Ibidem.

(2)

2 ans.	1 cas.	9 ans.	10 cas.
3	3	10	5
4	7	11	10
5	3	12	13
6	9	13	10
7	10	14	29
8	5	15	6
			Total 121

de conclure de ces faits que la fièvre typhoïde est plus fréquente en hiver que dans toute autre saison; la maladie est trop capricieuse.

On en voit une année un grand nombre, et l'année suivante en offre peu d'exemples.

Nostalgie. — Cette affection morale, qui a chez l'adulte une si grande influence sur la santé, n'en peut avoir aucune dans l'enfance; elle n'existe pas à cet âge. J'ai questionné à ce sujet tous les enfants atteints de fièvre typhoïde, et un grand nombre d'autres affectés de diverses maladies; ils m'ont constamment répondu qu'ils ne regrettaient pas leur pays, se trouvaient mieux à Paris, et ne voudraient pas reprendre leurs anciennes habitudes. Dans leur délire ils ne parlent jamais de leur pays.

Les enfants très-jeunes regrettent quelquefois leur nourrice pendant un temps fort court, mais je n'ai rien observé de semblable dans les faits que j'analyse aujourd'hui.

Affections morales tristes. — Cette cause n'a pas été notée une seule fois. *Jalousie.* On a attribué à la jalousie un grand nombre des maladies de l'enfance; peut-être ici a-t-on confondu l'effet avec la cause; toutefois on la voit souvent liée avec quelques entérites chroniques, affections tuberculeuses, fièvres hectiques spontanées, mais jamais une mère ne m'a allégué cette circonstance en me présentant son enfant, atteint de fièvre typhoïde, ou d'aucune autre affection aiguë.

Conditions hygiéniques. — J'ai cherché aussi quelle influence pouvaient avoir un air rare et vicié, une habitation malsaine, une nourriture grossière, et si la plupart de mes malades ont été soumis à cette cause, il en est aussi qui se trouvaient dans des conditions opposées (soixante-douze mal logés, deux couchant sur un peu de paille; quarante-quatre bien logés. Dans cinq cas le renseignement manque).

Nourriture. — Soixante-cinq étaient fort mal nourris, ne mangeaient presque jamais de viande, ne buvaient pas de vin; trois d'entre eux ont manqué souvent du strict nécessaire, ont souffert des privations de tous genres, cinquante et un étaient nourris passablement. Dans cinq cas on n'a point précisé ce fait.

Vêtements. — La plupart des enfants qui arrivent à l'hôpital sont couverts de haillons et dans un état de saleté repoussant. Quelques-uns témoignaient par leurs cris, quand on les mettait au bain, que l'usage ne leur en était pas familier. Mais je dois ajouter que je n'ai pas rencontré ces conditions fâcheuses plus souvent chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, que chez les sujets en proie à d'autres maladies.

(Soixante-neuf étaient mal vêtus, quarante-sept passablement; dans cinq cas le fait n'est pas noté. Soixante-sept étaient fort sales, cinquante assez propres. Dans quatre cas cette circonstance n'est pas indiquée.)

Profession, travail. — Nous n'avons eu que rarement à apprécier l'influence de la profession. Cinquante-sept de nos sujets allaient à l'école ou jouaient chez eux, soixante-quatre appartenaient à des professions très-variées, au nombre de trente-sept. Il n'en est pas une qui ait réuni plus de six malades; encore ne pouvait-on dans ces cas saisir un rapport de cause à effet, entre sa nature et le développement de la maladie. A part quatorze enfants qui travaillaient sérieusement, et se fatiguaient, les autres étaient apprentis, et occupés surtout à faire des courses. Aucun des premiers ne nous a présenté une profession nuisible qui pût l'exposer à des émanations dangereuses.

Refroidissement subit. — Deux malades ont rapporté leur maladie à une pareille imprudence, mais, en examinant avec attention le début de la maladie, on voyait que l'invasion lente avait précédé cet accident de plusieurs jours.

Dentition. Masturbation. Vers intestinaux. — Quand on traite d'une maladie des enfants, quelle qu'elle soit, il ne faut pas négliger, sous peine d'être taxé d'inexactitude, de mentionner s'ils ont rendu des vers, et s'ils se masturbaient. L'examen de nos observations ne nous permet pas d'attribuer une grande influence à ces causes. Sur cent vingt et un enfants, six seulement avaient l'habitude de la masturbation. Il est possible que plusieurs sujets aient réussi à se cacher assez adroitement pour nous tromper à cet égard, mais cela ne peut avoir lieu que chez les garçons, car chez les jeunes filles nous aurions aperçu l'écoulement muqueux qu'on observe chez celles qui se livrent à la masturbation. Nous avons pu remarquer, dans les cas où existait cette condition fâcheuse, que cette pratique cessait pendant la période grave de la maladie, mais qu'elle reprenait avec fureur à l'époque de la convalescence, et qu'elle retardait de beaucoup la guérison.

Vers. — Quatre enfants ont rendu des ascarides lombricoïdes par la bouche ou l'anus, et dans tous ces cas, les entozoaires étaient morts. Chez un cinquième on en a trouvé à l'autopsie, sans que le malade en eût rendu pendant la vie.

Chez deux on a rencontré des trichocéphales dans le gros intestin; on n'en avait point vu dans les déjections alvines, bien qu'elles fussent involontaires et reçues dans des couches.

Dentition. — Dans aucun cas nous n'avons eu à apprécier l'influence de ce phénomène physiologique.

Omissions de saignées, etc. — Jamais nous n'avons eu à constater la suppression d'une hémorrhagie habituelle, d'un exutoire : l'omis-

sion d'une saignée, d'une purgation accoutumée.

Exanthème. Autres éruptions. Affections diverses.— Quatre sujets ont été pris de fièvre typhoïde, de deux à quatre semaines après la guérison de la rougeole; un autre trois semaines après celle de la scarlatine. Un sixième pendant le traitement de la teigne, deux après sa guérison, deux après la disparition brusque d'un prurigo, un après celle de la gale; et, dans les trois derniers cas, l'éruption a reparu dès la convalescence de la fièvre typhoïde. La maladie s'est développée chez un enfant robuste quelques jours après la guérison d'un phlegmon de la joue, terminé par suppuration, chez deux autres, après la suspension d'un écoulement purulent provenant de glandes tuberculeuses placées au col et aux aînes.

J'ai énuméré toutes les causes parce que je les trouve indiquées dans les auteurs, mais je ne peux m'empêcher de révoquer en doute leur influence, quand on voit tous les jours la fièvre typhoïde chez des enfants placés à l'abri de leur action, et je pense qu'aucun agent extérieur ne peut produire une maladie générale comme celle qui nous occupe, pas plus que la variole, la scarlatine, la rougeole. On détermine à volonté une gastrite par empoisonnement, une phlébite, une ophthalmie; mais jamais, quoi qu'on fasse, on ne déterminera une fièvre typhoïde. Son étiologie échappe à nos regards comme celle des exanthèmes. Toutetois, les circonstances hygiéniques qui détériorent la constitution appauvrissent le sang, affaiblissent les facultés digestives, peuvent, sinon produire la maladie, au moins la rendre plus grave, et par cela même apporter des obstacles à la guérison.

Contagion.—Je ne veux pas entrer ici dans la discussion des faits qui ont été produits pour ou contre l'opinion de la transmission possible de la fièvre typhoïde par voie de contagion. Je viens seulement dire ce que j'ai observé :

Nombre de fois j'ai demandé aux enfants eux-mêmes, et à leurs parents, s'ils connaissaient dans leur famille, leur maison, leur voisinage, leur école, des sujets atteints de maladies semblables à la leur, et, à part les cas rares que je vais mentionner, j'ai toujours obtenu une réponse négative.

Cinq cas seulement se sont développés à l'hôpital pendant le cours de quatre ans. Deux dans la salle de chirurgie, deux dans celle des teigneux, où il n'y avait aucun enfant atteint de maladie aiguë. Dans le cinquième cas l'enfant était placé dans une salle qui contenait plusieurs sujets en traitement pour des fièvres typhoïdes; mais la malade, qui était entrée à l'hôpital pour un erythema nodosum en était déjà, dès cette époque, à la période d'incubation, car son éruption était accompagnée de diarrhée, céphalalgie, et d'autres accidents qui ne se voient pas habituellement en pareil cas.

Dans cinq autres cas, plusieurs des parents étaient atteints de la même maladie. Nous avons vu arriver deux frères à l'hôpital à huit jours de distance. L'aîné guérit, le plus jeune succomba.

Un sujet que l'on apporta couvert d'ulcérations profondes, dont il ne put supporter la suppuration, venait de perdre son père et sa sœur de la fièvre typhoïde. Sa mère et son frère n'avaient point été atteints. Enfin, la mère du quatrième était entrée à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre typhoïde grave. A la même époque M. le docteur Sceiller voyait un cas semblable dans sa clientèle : le frère, la mère et un enfant furent pris presque simultanément de fièvre typhoïde; l'enfant seul guérit.

Tels sont tous les faits que j'ai pu recueillir en faveur de l'opinion de contagion possible.

Début. Symptômes.—La fièvre typhoïde débute quelquefois brusquement, et tous les accidents qui la caractérisent se développent à la fois, de prime abord, avec toute leur gravité. Ce mode d'invasion, que M. Littré indique comme le plus fréquent chez l'adulte, se montre plus rarement chez l'enfant (53 seulement). Le plus souvent (68 fois) le début est précédé pendant huit ou quinze jours de prodromes peu apparents mais constants. Les enfants ont un peu moins d'appétit, de gaieté, se plaignent de douleurs vagues à la tête et au ventre, de lassitude, toutefois ils se livrent encore à leurs occupations habituelles. Cet état de malaise se prolonge pendant quelques jours sans s'aggraver; puis, tout à coup, la maladie prend une forme alarmante; d'un jour à l'autre il y a un changement complet. Les malades ne veulent plus quitter leur lit, se plaignent de douleurs vives, comme pesantes à la région frontale, de douleurs aiguës à l'estomac, au ventre. Ils accusent un sentiment de brisure générale, se sentent faibles, ne peuvent plus se tenir à leur séant sans être pris de vertiges, de tintements d'oreille; les sens de la vue, de l'ouïe s'affaiblissent, l'intelligence devient obtuse; ils comprennent difficilement les questions qu'on leur adresse et répondent lentement et avec hésitation des paroles souvent vides de sens. Ils passent les jours dans l'assoupissement, les nuits dans le délire ou l'agitation. Ils ne mangent plus, témoignent un profond dégoût pour les aliments, se sentent la bouche mauvaise, boivent avec avidité ils ont de la constipation ou plus souvent de la diarrhée, quelquefois des vomissements et des épistaxis, de la fièvre avec des frissons, de la chaleur avec sécheresse à la peau. La langue devient rouge, se couvre d'un enduit jaunâtre, poisseux, qui doit se dessécher plus tard; le ventre est tendu, brûlant, douloureux à la pression. La respiration s'accélère, il survient de la toux. Ces symptômes n'apparaissent pas tous dès le premier jour; il y a d'abord de la fièvre, des douleurs à la tête et au ventre, la toux et les accidents cérébraux ne surviennent que les jours suivants.

Cet état se prolonge pendant une huitaine de jours environ, puis les symptômes vont croissant. La fièvre, les douleurs à la tête et au ventre augmentent chaque jour, les malades s'affaiblissent, restent couchés sur le dos, hébétés, incapables d'exécuter des mouvements volontaires, ils ont des secousses dans les membres, quelquefois des mouvements involontaires. Ils sont pris d'étourdissements fréquents, de tintements d'oreille qui les fatiguent; la stupeur; la surdité se prononcent davantage. La soif augmente, la déglutition des liquides devient difficile, et leur injection est souvent suivie de toux convulsive ou du rejet des boissons par les fosses nasales. Les épistaxis continuent. La diarrhée est constamment établie à cette période de la maladie; les selles augmentent de fréquence; le malade les rend involontairement ainsi que les urines : bien rarement il y a rétention d'urine. Le pouls qui était plein au début, devient petit, dépressible, et perd sa régularité; la peau se sèche, acquiert une chaleur brûlante; on voit apparaître les taches lenticulaires, les sudamina; les parties sur lesquelles reposent le corps prennent une teinte violacée. Le délire augmente la nuit, l'assoupissement le jour. La langue, les lèvres, les dents, les narines, se couvrent d'un enduit noirâtre; le ventre se ballonne, devient plus douloureux et la main y sent des gargouillements; la rate augmente de volume. La dyspnée, la toux redoublent; la voix devient faible, gutturale, saccadée.

Cet état se prolonge en s'aggravant jusqu'au douzième ou quatorzième jour, et si la maladie tend vers une terminaison funeste, le délire augmente avec l'accablement, les malades s'affaiblissent, la carphologie est continuelle, le pouls devient petit, serré, très-fréquent, la peau froide et couverte de sueur. Le météorisme s'accroît; la respiration est haute, laborieuse, et bientôt les malades succombent.

La mort arrive de différentes manières, suivant que la maladie revêt telle ou telle forme, et porte plus spécialement sur telle ou telle cavité viscérale. Si les symptômes cérébraux prédominent, on voit les malades tomber dans un coma profond; étrangers à tout ce qui les environne, ils ont des soubresauts de tendons continuels des mouvements automatiques, de la raideur aux membres et à la colonne vertébrale; des escarres se forment au siége et aux grands trochanters, et la mort précède leur chute. Si les voies respiratoires sont le siége principal de la maladie, la dyspnée, la toux augmentent, la respiration devient haute, râlante, la face violacée, couverte de sueur, et les malades meurent asphyxiés. Dans la fièvre typhoïde qui affecte particulièrement les voies digestives, on voit aussi quelquefois la mort produite par l'asphyxie; le météorisme porté à l'entrême refoule le diaphragme dans la poitrine et gêne le mouvement des muscles, des parois thoraciques et abdominales, et les poumons, ne pouvant se développer suffisamment, s'engouent et deviennent imperméables à l'air. Dans d'autres cas, les malades meurent affaiblis par la douleur dont l'intestin est le siége, par les évacuations abondantes. Enfin, dans la plupart des cas, la mort est amenée par des accidents qui portent à la fois sur le cerveau, les voies digestives et les organes de la respiration.

La mort n'arrive pas de bonne heure en général; je ne l'ai jamais observée avant le huitième jour. Elle survient quelquefois bien tard, quand les enfants sembleraient devoir lui échapper, après avoir traversé impérieusement la période aiguë de la maladie. Les uns ont une convalescence longue, contrariée à chaque instant par des accidents légers, mais répétés, qui s'opposent à leur rétablissement complet, et succombent épuisés par l'abondante secrétion intestinale, qui a ruiné leur constitution; les autres ne peuvent supporter la suppuration intarissable qui a lieu après la chute des escarres, ni suffire au travail de la cicatrisation. D'autres sont pris subitement, au moment où on les croyait hors de danger, de perforation intestinale, et meurent avec tous les symptômes d'une péritonite sur aiguë. Cet accident si grave mérite une mention spéciale; je le décrirai plus tard avec les autres complications qui peuvent emporter les malades en les surprenant affaiblis et sans résistance, au moment de la convalescence d'une fièvre grave.

Sur les cent vingt et un enfants dont j'ai recueilli l'observation, vingt et un sont morts à différentes époques et de différentes manières. Je trouve un cas de mort au 8e jour, un au 15e, quatre au 18e, cinq au 19e, 20e, 21e, 22e, 23e, quatre aux 25e, 26e, 27e, 28e, six aux 32e, 38e, 41e, 63e, 75e jours.

Les deux cas de perforation ont été observés le 18e et le 22e jour; dans ceux où la mort a été le résultat de la fièvre typhoïde, elle a été observée du 8e au 20e, dans 9 cas, et une fois au 28e dans les autres, excepté celui dont je viens de parler, la mort a été produite par des complications survenues pendant la convalescence et par la guérison. Ainsi quatre fois la mort a été causée par une pneumonie lobulaire, une fois par une gangrène du poumon, une fois par une pneumonie lobaire droite, une fois par le croup, une fois par une varioloïde suivie de résorption purulente et d'apoplexie pulmonaire. Un malade, mort au 75e jour, a succombé à la suppuration des plaies du siége, et à la résorption purulente.

Chez ceux qui sont morts de la fièvre typhoïde elle-même, il y avait eu à la fois des accidents graves du côté du cerveau, des voies respiratoires et de la poitrine.

Je reviens à la marche de la maladie. Si elle doit au contraire se terminer heureusement, on voit diminuer la stupeur, la diarrhée, les douleurs cessent, l'appétit renaît, la soif n'est plus aussi vive, le pouls perd sa fréquence, prend un peu plus de force, la peau revient à une température modérée, s'humecte légèrement, l'éruption lenticulaire diminue, celle des sudamina augmente; les escarres tombent, les plaies se détergent, la langue, les

lèvres se dépouillent de l'enduit qui les souillent, le ventre perd sa chaleur, sa tension, sa sensibilité; on n'y sent plus de borborygmes, la respiration est désormais facile, la toux plus rare.

Quelquefois on observe des efforts critiques de la nature, tendant à la guérison. Il se développe en différents points du corps des furoncles ou des anthrax de bonne nature (cinq fois), des abcès phlegmoneux (trois fois), quelquefois (deux fois) les piqûres de sangsues deviennent elles-mêmes le siége d'un travail analogue à celui qui se passe dans le furoncle. Il se forme au centre un bourbillon qui doit être éliminé; puis la suppuration s'établit. Ces phénomènes n'ont une influence heureuse sur la maladie que quand ils se développent à la fin; s'ils paraissent plus tôt (deux cas d'abcès), ils ne font qu'augmenter les accidents et constituent alors une véritable complication; et même quand ils se montrent au moment ou la convalescence s'établit, ils peuvent la compromettre par de vives douleurs, l'abondante suppuration dont ils sont le siége, et qui viennent fatiguer de nouveau des sujets déjà épuisés par une longue maladie. Il est une autre évacuation critique, qui, bien qu'on la rencontre quelquefois chez l'adulte, peut être appelée la crise des enfants par excellence, c'est l'otorrhée. On l'observe souvent après un grand nombre de maladies graves, des fièvres éruptives en particulier. Elle est aussi très-fréquente après la fièvre typhoïde; sur cent vingt et un cas, je l'ai observée dix-sept fois, soit double, soit d'un seul côté, et il est probable qu'il y en a eu un plus grand nombre, beaucoup de sujets étant sortis de l'hôpital avant l'époque à laquelle cet écoulement a lieu ordinairement. Pas un de ceux qui l'ont présenté ne sont mort. On ne peut pas citer comme contraire à cette assertion le fait d'un enfant qui, complètement guéri de la fièvre typhoïde, et retenu seulement à l'hôpital par la misère ou la négligence de ses parents, y contracte un croup membraneux qui le tue et permet de voir toutes les plaques de Payer cicatrisées, excepté une, en voie de cicatrisation. Cette otorrhée se manifeste ordinairement vers la période de décroissement de la maladie, quelquefois très-tard, après le 35 jour. Une seule fois je l'ai vue au 8e le plus souvent du 17e au 25e jour. Elle est annoncée par des douleurs d'oreille, assez vives quelquefois pour arracher des cris aux enfants; la surdité augmente avec les bourdonnements d'oreille, puis l'écoulement se produit; le liquide est d'abord sanieux, puis purulent, quelquefois très-fétide. Il est rare que cette suppuration se prolonge longtemps après la guérison. Elle n'est jamais assez abondante pour la retarder. Le travail inflammatoire dont elle est le résultat a son siége dans l'oreille moyenne, car, d'une part, on ne voit aucun signe d'inflammation à l'extérieur, et de l'autre la surdité n'en est jamais la suite; on voit au contraire diminuer, dès que l'écoulement a lieu, la faiblesse de l'ouïe, qui existait avant sa production et elle cesse toujours avec lui.

Deux fois j'ai observé autour de l'oreille un gonflement inflammatoire, qui s'est développé à l'époque de la convalescence, et s'est terminé au bout de trois jours par résolution. Une fois j'ai vu un véritable oreillon qui se déplaça pour se porter sur le côté correspondant du scrotum, reparut le lendemain à la glande parotide, pour se dissiper graduellement en quelques jours. Le gonflement des bourses ne dura qu'un seul jour et disparut spontanément.

Sueurs.— Chez neuf sujets nous avons observé, à l'époque de la convalescence, une sueur très-abondante revenant plusieurs jours de suite, particulièrement le matin, et elle a été constamment bornée à la moitié supérieure du corps; la peau était sèche et terreuse dans la moitié inférieure.

Epistaxie.— Neuf ont présenté à plusieurs reprises des hémorrhagies nasales, mais elles n'ont pu avoir aucune influence sur la maladie, qui déjà était en voie de guérison. Elles se réduisaient, pour la plupart de cas, à quelques gouttes d'un sang noirâtre qui se desséchait sans se coaguler.

Deux ont été atteints d'érysipèle de la face. chez eux cette éruption a été peu étendue et ne s'est pas accompagnée de réaction fébrile, et si elle n'a pas paru non plus hâter la guérison, du moins elle n'a eu aucune conséquence fâcheuse.

Dans aucun des cas que j'ai observés, il ne s'est présenté d'autres phénomènes critiques appréciables; jamais, bien que je l'aie cherché avec soin, je n'ai pu trouver de jours que l'on pût appeler critiques.

Convalescence. — Ordinairement le passage de l'état de maladie à celui de convalescence est tout à fait insensible, et ne peut guère être apprécié que par une personne qui aurait passé quelques jours sans voir le malade. — J'ai observé cependant plusieurs cas (quatre), où la convalescence s'est annoncée subitement. — Des enfants, qui la veille étaient encore plongés dans un assoupissement continuel, ne répondaient pas quand on leur parlait, qui ne faisaient aucun effort pour retenir leurs déjections alvines, sortaient brusquement de cette stupeur profonde, et étaient le lendemain matin assis sur leur lit pour demander à manger. — La convalescence est habituellement assez longue, surtout après les cas graves, particulièrement quand les lésions les plus intenses ont porté sur le cerveau ou les poumons. Les enfants restent assez longtemps faibles, pâles, ils perdent presque constamment leurs cheveux (quatre-vingt-quinze sur cent vingt-un). La tête se couvre d'une vermine abondante. L'épiderme se desquamme à toute la surface du corps. Une fois j'ai vu un œdème assez marqué aux extrémités inférieures.

Je n'ai jamais vu l'émail des dents attaqué comme l'indique M. Littré. Jamais non plus je n'ai vu la guérison de la fièvre typhoïde suivie de paralysie générale ou partielle, ni de manie. — M. Rilliet a observé un cas qui fut suivi de chorée intense.

Durée. — La durée de la maladie a offert de très-grandes variétés. — Ainsi, je trouve deux cas qui se sont terminés en neuf jours, l'un par la guérison, l'autre par la mort; je trouve un cas de guérison au dixième, deux au douzième, six au treizième, et par contre, j'en vois plusieurs qui ne se sont terminés qu'après quarante, quarante-deux, quarante-cinq, cinquante-neuf et soixante-quinze jours. — Il serait long et fastidieux de faire une énumération successive de tous les jours auxquels correspondent ces terminaisons, et de mettre en regard, la date et le nombre de ces terminaisons. — Les additionner et en tirer une moyenne exposerait à commettre une erreur, les extrêmes sont trop éloignés l'un de l'autre (neuf et soixante-quinze) pour que la moyenne donne une idée exacte de la durée la plus fréquente de la maladie. — Il importe seulement de savoir que le plus grand nombre des cas (quatre-vingt-deux) se sont terminés du quinzième au vingt-septième jour, onze avant le quinzième, vingt-huit après le vingt-septième.

Examen des symptômes. — Je n'ai fait jusqu'ici qu'esquisser à grands traits le tableau de la maladie, et indiquer les symptômes qui la caractérisent; je vais maintenant les reprendre successivement un à un, et les étudier en détail pour connaître le degré d'importance qui appartient à chacun d'eux, la durée qui lui est habituelle, les modifications qu'il peut éprouver suivant les différents cas.

Frissons, fièvre, pouls. — Un frisson violent est ordinairement le premier symptôme qui indique le début de l'affection; il se reproduit plusieurs fois les jours suivants à des heures indéterminées sans périodicité marquée. Il manque quelquefois entièrement, quelquefois ne revient pas après le premier jour. Il est suivi de chaleur vive sans sueur. — Je l'ai trouvé soixante-trois fois sur cent vingt et un sujets, sept fois je ne l'ai point noté. Enfin il a manqué trente et une fois; mais il est possible qu'il ait échappé à des parents peu attentifs, surtout chez des sujets très-jeunes. Dans les soixante-trois cas, il est revenu plusieurs jours de suite, sans régularité, une fois seulement il a été suivi de sueur.

Le pouls est ordinairement bien plus fréquent que dans l'état de santé. Dans quatre cas seulement je l'ai vu descendre au-dessous du type normal, à soixante et cinquante-deux pulsations par minute; mais le plus souvent, je le répète, il est fort accéléré. Sa fréquence sera d'autant plus grande qu'on examinera un sujet plus jeune. Un pouls à cent quarante battements par minute ne constitue pas, chez un enfant de quatre ans, une accélération plus grande que cent dix pulsations chez un adulte. On en compte quelquefois cent soixante-dix à cent quatre-vingt; le plus ordinairement de cent vingt à cent quarante. — Dans certains cas on ne peut le compter, tant est grande sa fréquence; il est au début plein, large, fort, vibrant, il ne devient petit et mou qu'à une période avancée de la maladie et dans la forme abdominale surtout. Encore cette faiblesse est-elle relativement moins grande que chez l'adulte. Dans certains cas graves, il est encore vibrant, mais cette plénitude n'est qu'apparente, et la moindre pression suffit pour étouffer la pulsation. Je l'ai rencontré une seule fois dicrote, et dans ce cas il annonçait une épistaxis peu abondante, le phénomène disparut après l'écoulement sanguin. — Il n'a pas présenté ce caractère chez un enfant qui eût une hémorrhagie intestinale, ni chez ceux qui succombèrent à une apoplexie pulmonaire.—Le pouls est ordinairement régulier, mais je l'ai trouvé trois fois intermittent irrégulier, sans qu'il existât aucune lésion au cœur. Cette irrégularité coïncidait avec un ralentissement notable.

La fièvre ne nous a jamais paru augmenter le soir d'une manière remarquable.

Céphalalgie. — Elle a existé dans tous les cas, excepté trois, et à part un cas où elle s'étendait à l'occiput, nous l'avons toujours vue bornée à la région frontale, rarement très-aiguë, le plus souvent gravative, pesante, toujours continuelle; je n'ai pas remarqué d'exaspération le soir. Elle est quelquefois assez légère, plus fréquemment forte et gênante; dans quatre cas elle a été vive au point de produire de la photophobie. En général, les enfants se plaignent de leur douleur, et en indiquent exactement le siége et la nature; mais si on a affaire à des sujets très-jeunes, plongés dans la stupeur, il faut chercher ailleurs que dans leurs réponses les renseignements que l'on désire. On ne peut pas, comme pour l'abdomen, constater la présence de la pression; il faut donc recourir à d'autres procédés. On peut prendre dans ses mains la tête des enfants et l'agiter légèrement, on voit à l'instant se dessiner sur leur visage une expression de douleur, et ils poussent des cris. Ce moyen, qui répugne souvent à l'observateur, n'est pas indispensable, on peut constater la présence de la céphalalgie à l'aide d'une inspection attentive de la face. Il y a un froncement des sourcils très-prononcé avec occlusion incomplète des yeux, qui constamment indiquent la céphalalgie. Ces signes se rencontrent dans toutes les maladies où la tête est fort douloureuse; par exemple, la méningite, les tubercules cérébraux, l'hydrocéphale aiguë, etc. La céphalalgie se manifeste dès le début de la maladie, précède même quelquefois son invasion brusque, se prolonge pendant toute la période grave, et disparaît avec les autres symptômes cérébraux. Une seule

fois elle a été soulagée momentanément par des épistaxis survenus pendant le cours de la maladie.

Douleurs musculaires et articulaires. — Elles ont leur siége dans les membres supérieurs et inférieurs, très-rarement aux jambes (six fois seulement). Elles existent constamment (un cas seul excepté), mais à des dégrés variables; se manifestent dès le début, et cessent de bonne heure aux membres supérieurs; elles sont souvent remplacées par un sentiment de fatigue; aux membres inférieurs elles sont ordinairement assez aigües, mais jamais je ne les ai vues accompagnées de crampes. Le lumbago, rare comme je l'ai déjà dit, est aussi beaucoup moins intense que la variole. — Les douleurs ne sont point de longue durée, et sont bientôt remplacées par une simple faiblesse. — Dans trente cas où elles persistaient aux genoux et aux aînes au delà du terme ordinaire, j'ai pu remarquer que la taille des sujets avait pris un assez grand accroissement.

État des forces. — Les enfants éprouvent, quelques jours avant l'invasion, un sentiment de faiblesse qui s'accroît avec la maladie, et quelquefois atteint un degré très-élevé. — Ils ne peuvent exécuter de mouvements volontaires, tenir les objets qu'on leur présente; on est obligé de les soutenir pour les faire boire. Toutefois il m'a semblé que cet affaiblissement était chez eux moins grand que chez les adultes; ainsi, on en voit qui, à une période assez avancée d'une fièvre typhoïde grave, descendent encore de leur lit pour satisfaire à leurs besoins, se rendent seuls en tremblant à la chaise, mais leurs forces, épuisées par cet effort, ne leur permettent plus de remonter dans leur lit, et ils s'y appuient jusqu'à ce qu'on les y replace. Ils ont eux-mêmes conscience de leur affaiblissement, et quand ils ne s'en plaignent pas on peut le reconnaître à leur position constante dans le décubitus dorsal, et aux cris qu'ils poussent quand on veut leur en donner une autre. La faiblesse croît avec les autres symptômes, mais les forces reviennent assez promptement dans la convalescence.

Intelligence. — On observe bien souvent (quatre-vingt-treize fois) des dérangements dans les facultés intellectuelles. Elles deviennent obtuses, la mémoire s'affaiblit pour un temps, mais elles reviennent promptement avec la santé.

Caractère. — On a noté que les enfants choroïques étaient plus irascibles, plus difficiles à tenir que les autres. Les enfants atteints de fièvre typhoïde (Ruftz, *Mémoire sur la Chorée*, archives 1834) sont habituellement maussades, criards. Nous avons noté cette mauvaise humeur, sur cinquante-sept sujets qui, après la convalescence, sont revenus gais et dociles comme avant leur maladie.

Sens. — La vue n'est jamais sérieusement troublée; on n'observe d'autres dérangements que quelques vertiges, et rarement de la photophobie.

Ouïe. — La surdité existe, au contraire, assez souvent (vingt-sept fois), presque constamment double (vingt et une fois), où bornée à une seule oreille. Elle survient en général vers le milieu de la maladie, et cesse avec les autres symptômes cérébraux. Elle n'est pas toujours liée à une otorrhée, même dans ce cas elle n'affecte qu'une seule oreille.

Toucher. — Dans les cas très-graves seulement, et dans la fièvre typhoïde qui affecte la forme cérébrale (cinq fois), on trouve la peau insensible au toucher, et il faut la pincer fortement, au point de déterminer des ecchymoses, pour donner aux malades une légère sensation. — On voit alors, en été, leur face, leurs bras, couverts de mouches qui les piquent incessamment, sans qu'ils paraissent songer à s'en délivrer. Si on leur met des vésicatoires, des sinapismes, des sangsues, ils ne s'en plaignent pas, tandis qu'à l'état de santé, ou dans beaucoup d'autres maladies, ils témoignent, par leurs cris et leur agitation, l'aversion extrême qu'ils ont pour toute application douloureuse. Une seule fois j'ai trouvé la sensibilité de la peau exaltée, comme on l'observe assez souvent dans la méningite des enfants ou la fièvre typhoïde des adultes. J'ai vu bien des cas où on aurait pu croire à une exaltation de la sensibilité. Les enfants poussaient des cris aigus dès qu'on les touchait, mais ces cris n'étaient que l'expression de leur mauvaise humeur, car en détournant leur esprit, on pouvait les toucher sans qu'ils songeassent à se plaindre. — Quatre fois j'ai noté une perversion de la sensibilité. Les sujets se plaignent d'éprouver un grand froid, bien qu'il regnât alors une température assez élevée.

Goût. — Il n'est jamais paralysé, mais bien souvent obtus pour un certain temps; quelquefois les enfants ne sentent aucune saveur à ce qu'ils boivent, mais cela tient à ce que leur langue est couverte d'une exsudation brunâtre, épaisse, desséchée, et que les papilles ne se trouvent pas en contact avec le liquide. En effet, si on vient à ramollir cet enduit qui tapisse la langue, ils perçoivent très-bien la sensation, et on les voit prendre avec plaisir telle boisson et rejeter telle autre. — Quelquefois leur goût est dépravé, ils trouvent amère une boisson sucrée, demandent à boire de l'eau pure, du vin, de préférence à une tisane agréable; on est souvent obligé de changer, chaque jour, leurs boissons. Cette dépravation du goût se prolonge quelquefois pendant la convalescence.

Odorat. — Ce que j'ai dit de l'altération du goût s'applique également bien au sens de odorat. Il n'est affaibli ou complétemen

aboli que lorsque les narines sont tapissées par une exsudation sanguine, épaisse et desséchée.

Délire. — Dans les cas légers, les symptômes cérébraux sont peu marqués et constitués seulement par un peu d'agitation ou d'insomnie, mais le plus souvent on observe du délire. Il se présente sous plusieurs formes :

1° Les enfants ne dorment pas la nuit, se retournent sans cesse dans leur lit, et ne poussent ni cris, ni plaintes.

2° Ils sont immobiles et rêvassent, demandent à manger, et constamment alors les mêmes aliments, appellent leurs parents, parlent de leurs occupations habituelles, de leur profession, de leur éducation.

3° Ils exécutent des mouvements violents, et si on ne prend la précaution de les garrotter la nuit, ils se lèvent, courent jouer ou se coucher avec leurs camarades endormis. D'autres errent sans but dans les salles ; on en voit qui, dans leur délire, marchent à grands pas, résistent à des personnes robustes, et qui, l'exacerbation une fois cessée, ne pourraient boire seuls ou se tenir assis sur leur lit : le lendemain ils ne se souviennent nullement de ce qu'ils ont fait la nuit ; au moment du délire, ils ne répondent pas aux questions qu'on leur adresse, et continuent, à part eux-mêmes, la conversation, sans suite, qu'ils ont commencée.

4° D'autres ont un subdelirium tranquille, on les voit couchés sur le dos sans mouvement. Ils parlent à voix basse et continuellement ; si on vient à les interrompre, ils regardent autour d'eux d'un air étonné, et, après quelques moments d'hésitation, finissent par répondre juste.

Dans les cas graves, on observe quelquefois successivement, sur le même malade, toutes ces formes de délire. La plus fréquente de toutes est la première : ainsi cinquante-trois enfants s'agitaient un peu la nuit ; quarante-quatre poussaient des cris, quinze se levaient, courant dans les salles, neuf avaient des rêvasseries continuelles.

Le délire ne survient guère avant le sixième jour de la maladie ; il disparaît antérieurement aux autres symptômes cérébraux, revient quelquefois dans la convalescence, mais il est alors constitué seulement par de la loquacité.

Assoupissement. — Les malades sont habituellement plongés dans l'assoupissement pendant le jour ; ils ne demandent rien, se réveillent difficilement, et se rendorment de suite profondément. Ce symptôme paraît avec le délire et cesse habituellement avec lui, quelquefois deux ou trois jours plus tard.

Carphologie. — Dans presque tous les cas on remarque cette altération, elle est le plus souvent bornée à des secousses dans les tendons (soixante-dix-neuf fois). Mais dans les cas graves (douze fois), on observe des mouvements automatiques, des efforts continuels pour chasser des mouches qui n'existent pas, pour éloigner des obstacles imaginaires. Chez d'autres sujets (cinq fois), on voit une raideur assez marquée des membres et surtout de la colonne vertébrale. Chez une fille de quatorze ans, nous avons vu pendant plusieurs heures une véritable catalepsie ; ce dernier accident a été suivi de mort.

Les grincements de dents, les machonnements ne se voient que très-rarement, et seulement dans la forme cérébrale. Sur dix enfants qui ont présenté ces symptômes, deux seulement ont guéri.

Étourdissement. — Ils ont pu être notés dans la plupart des cas (quatre-vingt-dix-huit fois). Ils n'ont pas lieu ordinairement dans la position déclive (quatre fois seulement), mais il suffit souvent d'élever la tête des enfants pour les faire naître. Ils vont rarement jusqu'à la syncope. Trois des sujets, dont j'ai rapporté l'observation, ont présenté ce phénomène, et je l'ai moi-même éprouvé un grand nombre de fois quand j'étais atteint de la fièvre typhoïde. On ne peut pas toujours s'assurer facilement de la présence des étourdissements ; les enfants très-jeunes répondent indifféremment oui ou non quand on leur demande s'ils en éprouvent, ne sachant pour la plupart ce que c'est ; mais on peut en acquérir la certitude en les tenant quelques instants assis ou debout ; on les voit pâlir aussitôt, leur regard vacille, leurs yeux se ferment ; ils ont des bâillements répétés, et secouent légèrement leur tête d'un côté à l'autre.

Tintements d'oreille. Ils existent dans presque tous les cas et à des degrés différents, ne se lient pas toujours avec une inflammation de l'oreille, et ne sont souvent qu'une conséquence de l'affaiblissement. Ils sont quelquefois passagers, d'autres fois, au contraire, ils sont assez rapprochés pour fatiguer les malades. Ils sont souvent difficiles à reconnaître chez les sujets très-jeunes qui ne peuvent donner des renseignements suffisants sur ce qu'ils éprouvent ; toutefois, quand ils sont violents, ils donnent à la face un aspect particulier. Les yeux sont à demi fermés, les sourcils, les joues contractées, la bouche demi ouverte ainsi qu'on peut l'observer chez les adultes bien portants d'ailleurs qui éprouvent ce phénomène accidentellement. Ils cessent assez ordinairement après les autres symptômes cérébraux, ou plutôt, quand un écoulement a lieu par l'oreille, mais ils ne coïncident pas toujours avec lui.

Anorexie. — L'appétit est ordinairement perdu dès l'invasion, et toujours pendant toute la durée de la maladie. Les enfants ont un grand dégoût pour toute espèce d'aliments ; on en voit cependant qui, même sans délirer, demandent à manger, et si on satisfait à leurs désirs, se jettent avec avidité sur l'aliment qu'on leur présente ; mais dès qu'ils y ont touché ils l'abandonnent avec dégoût. Dès que la fièvre cesse, l'appétit renaît et devient insatiable. J'ai vu souvent des enfants à peine

convalescents, se traîner en chancelant jusqu'aux lits de leurs voisins pour leur dérober leur nourriture.

Soif.— La soif est ordinairement très-vive. Le plus souvent les malades ne cessent de crier pour qu'on leur donne à boire. Dans quelques cas graves seulement ils n'en demandent pas ; quelques-uns même refusent les boissons qu'on leur présente.

Déglutition.— Il n'y a dans les cas légers aucune gêne de la déglutition; dans les cas graves (douze fois), elle est quelquefois suivie de toux convulsive ou de rejet des liquides par les narines, et cette dysphagie n'est que bien rarement produite par des lésions du pharynx. Le plus souvent c'est un phénomène purement nerveux. Quelques enfants rougissent seulement après avoir bu, et cette coloration de la face est le résultat d'une congestion cérébrale passagère, causée par l'effort nécessaire à l'accomplissement de la déglutition.

Digestion.— La digestion ne peut pas s'opérer pendant la maladie. Si les enfants prennent par imprudence quelques aliments, les vomissements suivent de près leur ingestion, la diarrhée s'accroît, et on retrouve dans les selles une partie des aliments non digérés. La digestion est quelquefois pénible dans la convalescence, et de légers écarts de régime ramènent le dévoiement qui avait cessé.

Vomissements.—On les remarque assez souvent (quarante-cinq fois), au début de la maladie, plus rarement pendant la période grave (cinq fois) ; ils n'ont que peu d'importance relativement au diagnostic et au pronostic. Les matières rendues sont tantôt bilieuses, tantôt muqueuses, tantôt formées par les aliments et les boissons ; jamais on n'y a trouvé de sang.

Nausées.— Elles sont plus rares que les vomissements, n'existent pas toujours quand les malades accusent un mauvais goût à la bouche. Je les ai observées cinq fois seulement.

Hoquets. — Je n'en ai jamais rencontré même dans les cas où la mort a été causée par une perforation intestinale, suivie de péritonite.

Diarrhée, selles.— La diarrhée, qui constitue un des symptômes les plus constants de la maladie, n'existe pas toujours au début, mais alors elle est remplacée par de la constipation (trente-trois fois). Les évacuations alvines offrent toujours un dérangement marqué. Un seul cas assez léger a fait exception à cette règle. La constipation cesse spontanément au bout de quelques jours ; et la diarrhée est désormais établie. Rarement la voit-on suspendue pour un ou deux jours dans le cours de la maladie, le plus souvent elle se prolonge jusqu'à la guérison complète. Les selles sont plus ou moins nombreuses et abondantes, il y en a quelque fois deux par jour seulement, d'autres fois jusqu'à dix et davantage, mais je n'ai jamais vu chez les enfants les évacuations presque continuelles qu'on observe quelquefois chez l'adulte. Elles sont ordinairement fétides, leur couleur varie, on les voit indifféremment jaunes, brunes, verdâtres ; rarement elles contiennent du sang. Je parlerai plus bas des hémorrhagies intestinales. Les selles sont le plus souvent volontaires, mais dans les cas graves et dans quelques cas même assez légers, elles ne sont plus soumises à l'empire de la volonté (vingt-six fois). On doit établir plusieurs distinctions pour bien juger à quel point le malade est dans l'impuissance de retenir ses excrétions. Cet examen pourra conduire à apprécier l'état de ses forces et de ses facultés cérébrales. Au degré le plus élevé, l'enfant n'a pas conscience de ses besoins, il y satisfait sans s'en douter, et ne s'inquiète nullement quand il est sali. D'autres crient quand leur couche est souillée. Il en est qui appellent à eux, dès que le besoin devient pressant, et ne peuvent pas attendre qu'on accoure à leur aide. On en voit d'autres qu'on habitue à ne pas salir leur lit, en ayant soin de les présenter de temps en temps à la garde-robe.

J'ai parlé de selles sanguinolentes: je n'ai rencontré qu'un seul cas d'hémorrhagie intestinale. et aucun de mes collègues n'en a observé de semblables. Cette complication a eu lieu chez un enfant âgé de quatorze ans, atteint d'une fièvre typhoïde grave; elle a été suivie de mort; mais le sang avait cessé de couler quelques jours avant la terminaison funeste.

Urines.— La sécrétion et l'excrétion de l'urine n'a rien offert de particulier sous le rapport de la quantité, de la coloration, de l'odeur du liquide ; mais rarement on a eu l'occasion de l'examiner dans un vase convenable ; ou les malades s'épanchaient dans leur lit, ou on les portait sur une chaise commune. L'émission des urines est plus souvent involontaire que celle des matière fécales (trente fois). Je n'ai observé qu'un seul cas de rétention d'urine qui ait nécessité l'emploi du cathétérisme, encore cette opération, pratiquée une seule fois, suffit pour rendre à la vessie toute sa contractilité. Chez les adultes, au contraire, la rétention d'urine est assez fréquente dans les fièvres graves, et je me rappelle que pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu j'ai été nombre de fois appelé pour sonder des malades atteints de retention d'urine, dans la période grave de la dothinentérie.

Epistaxis.— J'ai rencontré rarement (six fois) l'hémorrhagie nasale au début ou pendant le cours de la maladie. Des enfants qui y étaient sujets à l'état de santé, n'en ont point éprouvé pendant la fièvre typhoïde. Jamais elle n'a été assez abondante pour exiger un traitement spécial; elle se réduisait ordinairement à quelques gouttes d'un sang noir, qui se desséchait immédiatement. L'épistaxis a été appelée l'hémorrhagie de l'enfance. Il y a du

vrai dans cette assertion, car c'est presque une exception de voir des écoulements sanguins se faire par d'autres voies, mais l'épistaxis ne se voit pas non plus très-souvent et encore moins chez les sujets malades que chez les enfants bien portants.

Facies.— Les malades atteints de fièvre typhoïde présentent un aspect particulier de la face, aspect plus facile à reconnaître qu'à décrire. J'ai cherché sans succès un trait spécial qui pût donner une indication positive, comme M. le docteur Jadelot l'a avancé pour la plupart des maladies de l'enfance, et j'ai été obligé de demander cette indication à l'ensemble des traits et à leur expression. Il m'a semblé pouvoir décrire ce facies de la manière suivante : les yeux sont excavés, entourés d'un cercle plombé, quelquefois largement ouverts et sans expression, fixes, immobiles, plus souvent à demi-fermés, comme si le malade n'avait pas la force d'ouvrir ou de clore complétement les paupières ; les sourcils sont froncés, les joues violacées ou très-pâles, tirées en arrière, la bouche à demi ouverte ; toute la face exprime la stupeur et la souffrance.

Sur cent vingt et un sujets, dont il en faut retrancher deux qui sont entrés à l'hôpital pendant la convalescence, nous avons constaté cent onze fois l'existence de ce facies caractéristique à des degrés différents, suivant l'intensité de la maladie. Des huit enfants qui ne l'ont point présenté, deux avaient une fièvre extrêmement légère, et leur face n'avait pas d'expression particulière ; les six autres avaient le facies des affections cérébrales, des méningites.

Pupilles.— Je n'ai jamais rien remarqué de constant dans l'état des pupilles ; elles sont tantôt et indifféremment dilatées, tantôt contractées, et toujours parallèles.

TAUPIN, D. M. P.

(La suite au prochain numéro.)

II.—Morsure de la vipère. — Nouveaux détails sur l'organisation de ce reptile.

Les accidents produits par la morsure de la vipère ont été si bien décrits, qu'il semble superflu d'attirer sur ce point l'attention du public médical ; cependant ayant failli moi-même en être la victime, et par conséquent ayant pu apprécier par mes propres sensations jusqu'à quel point il faut ajouter une foi complète à tout ce qui a été dit sur ce sujet, j'ai pensé qu'on ne lirait pas sans intérêt la relation de mon accident, attendu qu'il a été accompagné de quelques circonstances remarquables sous le double rapport de la symptomatologie et de la thérapeutique. A la relation du fait qui me concerne je joindrai quelques mots sur un cas analogue dont j'ai été peu de temps après le témoin, et dans lequel je n'avais plus le rôle de patient, mais celui de médecin.

C'était pendant les premiers jours du mois de mai, je parcourais un sentier tracé sur la lisière d'un bois taillis, lorsque j'entendis à mes pieds le bruit bien caractérisé d'un serpent qui se glissait dans les feuilles tombées avant l'hiver et qu'un beau soleil avait parfaitement desséchées. Je vis au même instant un reptile dont les deux tiers antérieurs s'étaient déjà logés dans une cavité creusée par une vieille racine. Familiarisé depuis longtemps avec les couleuvres, et croyant m'emparer d'un serpent de ce genre, je m'abaissai pour le saisir ; l'animal était complétement immobile. A coup sûr il me guettait, car à l'instant même où de la main droite j'effleurais la queue que je n'avais pu saisir, les dents de la vipère pénétraient dans la seconde phalange de l'annulaire, et le reptile disparaissait. Ce fut un mouvement rapide comme l'éclair ; je pus voir cependant les deux crochets, et reconnaître, à la manière dont mon doigt fut atteint, que la vipère ne mord pas à belles dents comme la couleuvre et le lézard ; ses crochets semblent pénétrer sans effort, et n'avoir d'autre fonction que d'instiller du venin dans la petite plaie qu'ils ont formée.

Il me fallait un quart d'heure au moins pour regagner mon domicile. Je ne perdis pas un instant : à l'aide d'un foulard je liai bien vite l'extrémité métacarpienne du doigt blessé, et, plein de confiance dans l'assertion de tous les auteurs, *qu'on note bien ceci,* je portai mon doigt à la bouche, et je m'efforçai d'aspirer le venin, bien persuadé qu'il ne résulterait aucun accident de son contact avec la langue et les lèvres. La morsure, quoiqu'on ait affirmé qu'elle est toujours très-douloureuse, ne m'avait pas fait éprouver de sensation plus pénible que celle qui résulterait de deux fortes piqûres d'épingle. J'arrivai chez moi, parfaitement dispos, ne me plaignant que de mon doigt qui était devenu à peu près insensible, et qui présentait une pâleur livide, interrompue çà et là par des taches rondes d'un brun verdâtre. J'élargis les deux petites plaies, et j'instillai dans chacune une goutte d'ammoniaque liquide très-concentrée ; j'avais substitué à mon foulard une cordelette très-fine, et ordonné que l'on fît chauffer de l'huile d'olive pour pratiquer des frictions sur le bras droit tout entier. Depuis mon arrivée un ami que j'avais trouvé chez moi me suppliait avec instance de prendre l'ammoniaque à l'intérieur. Je me rappelais les nombreuses expériences de l'abbé Fontena, et persuadé comme lui que cette substance ne possédait à l'égard de la vipère aucune vertu spécifique, et n'agissait localement que comme caustique, je refusais avec énergie ; enfin, lassé de ses instances, et beaucoup plus pour lui que pour moi-même, je consentis à en prendre quelques gouttes dans un demi-verre d'eau. Je mis peu de précaution à verser l'ammoniaque, et je ne saurais préciser la quantité que j'en pris ; mais à peine eu-je avalé ce mélange, que l'odeur excessivement pénétrante de l'alcali, m'avertit que je ne l'avais pas versé avec assez de discrétion ; j'avalai rapidement un second verre d'eau, et je commençai les frictions avec l'huile d'olive.

Jusque-là tout allait bien, il ne se manifestait pas le moindre symptôme alarmant, et je me félicitais avec mon ami de ce que mon accident paraissait n'avoir aucune gravité; mais je ne tardai pas à me plaindre de la ligature, mon doigt devint douloureux au point que je ne pus résister au désir d'enlever la cordelette qui l'étreignait fortement. Je dois dire qu'après les petites incisions, que j'avais pratiquées moi-même, les plaies avaient laissé échapper trente à quarante gouttes de sang, et que plusieurs fois encore j'avais porté le doigt à mes lèvres dans le but d'aspirer le venin qui pouvait encore exister. Un instant avant d'enlever la ligature, j'avais instillé, pour la seconde et dernière fois, une goutte d'ammoniaque dans chaque plaie; quelques minutes à peine s'étaient écoulées depuis l'enlèvement de la ligature, que je commençai à éprouver des nausées; je les mis sur le compte de l'ammoniaque prise à l'intérieur, et je continuai les frictions; mais une sueur froide et un sentiment de faiblesse générale m'engagèrent bientôt à gagner mon lit, et je ne fus pas plutôt couché, que les vomissements commencèrent. Alors se déroula toute l'effrayante série des symptômes qui suivent la morsure de la vipère; je ne m'y arrêterai pas, attendu que tous les ouvrages de pathologie externe, de toxicologie et d'histoire naturelle les ont surabondamment décrits; je dirai seulement qu'il se manifesta bientôt une diarrhée très-abondante et d'une fétidité extrême. J'ajouterai qu'il est impossible de se figurer combien sont affreuses les douleurs que l'on éprouve pendant les vomissements; il y a quelque chose de plus pénible encore, c'est l'état d'abattement et de défaillance qui les accompagne. Pour moi, pendant trois heures au moins je refusai toute espèce de secours, je n'avais de force que pour pousser des cris déchirants, arrachés par les efforts que je faisais pour vomir; une horrible constriction à la gorge m'interdisait absolument la faculté de prendre quelques boissons; un autre obstacle s'y opposait d'ailleurs, et c'est sur cet obstacle que je veux surtout attirer l'attention.

On se souvient qu'à plusieurs reprises j'avais sucé les plaies formées par les crochets de la vipère; or, à l'instant où les premières nausées se manifestèrent, je sentis à l'extrémité de la langue et aux deux lèvres, précisément aux points mis en contact avec les morsures, un fourmillement auquel je ne prêtai d'abord qu'une attention médiocre; mais ce fourmillement continua et s'accompagna bientôt de la tuméfaction des parties qui en étaient le siége. Cette tuméfaction fit des progrès si rapides, qu'une heure après le début des vomissements la langue faisait saillie entre les mâchoires. Sa surface sécrétait en abondance un enduit épais et visqueux que je détachais moi-même avec les doigts, attendu que j'étais dans l'impossibilité complète de cracher; les lèvres avaient acquis également un volume énorme; elles étaient si hideusement déformées, que, parmi les personnes qui arrivaient jusqu'à moi, pas une ne pouvait réprimer un mouvement d'effroi. Je pensai bien en premier lieu que l'ammoniaque liquide avait pu produire ce symptôme, je répétais même aux amis qui m'entouraient que je m'étais empoisonné; mais il est bien évident que si le fourmillement et la tuméfaction dont j'ai parlé eussent été produits par les propriétés caustiques de l'alcali, j'aurais éprouvé un sentiment de cuisson qui eût persisté plusieurs jours, et le soir même la langue et les lèvres avaient repris leur volume normal, et je n'éprouvais dans ces parties aucune sensation pénible. Il résulte de cette circonstance, que la succion de la plaie, bien loin d'être innocente, ainsi que l'affirment tous les auteurs, peut quelquefois produire des accidents très-graves. Il est impossible, en effet, de ne pas accuser cette succion de tous les symptômes dont la langue et les lèvres furent le siége. Deux autres agents auraient pu les produire : 1° l'ammoniaque ; 2° la matière des vomissements. Ce n'est pas l'ammoniaque on a vu pour quelle raison; ce n'est pas non plus la matière des vomissements, puisque les fourmillements se firent sentir en même temps que les nausées, et que le commencement de la tuméfaction précéda d'un petit instant les premiers vomissements.

Tous ces symptômes persistaient depuis trois heures environ, et semblaient encore éloignés de l'époque de leur amendement. Plusieurs amis me conjuraient de prendre de nouveau quelques gouttes d'ammoniaque; mais, outre que l'état de ma langue et la constriction que j'éprouvais à la gorge opposaient un obstacle invincible à la déglutition, j'éprouvais pour cette substance une horreur telle, qu'il me suffisait d'y songer un instant pour reproduire aussitôt les efforts de vomissements. Sur ces entrefaites arriva mon confrère et ami, M. le docteur Marmonier, lequel ayant égard aux douleurs atroces que je disais ressentir dans l'espace compris entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, et à l'état d'agitation dans lequel je me trouvais, prescrivit une application de quinze sangsues au creux de l'estomac et un bain entier. Les sangsues furent immédiatement appliquées, j'avais inutilement essayé dans le principe d'en faire prendre quelques unes aux environs de la morsure; quelques minutes à peine s'étaient écoulées, que les douleurs s'amendèrent. Un instant après j'étais dans le bain, j'y demeurai vingt minutes; en sortant j'éprouvai une syncope qui se dissipa aussitôt que j'eus repris dans mon lit la position horizontale. Dès ce moment, mon état s'améliora considérablement; la tuméfaction de langue et des lèvres s'affaissa peu à peu, et à un état d'agitation extrême succéda un peu de calme. Je pus avaler bientôt quelques gorgées de boissons fraîches et légèrement acidulées; je les savourais avec délices, tandis qu'il m'était impossible de supporter les liquides chauds. Cependant par les piqûres des sangsues le sang coulait toujours; je me gardais de l'arrêter, attendu que sous l'influence de ce suintement je sentais se dissiper les dou-

leurs dont l'estomac était le siége. Elles disparurent enfin complétement, et six heures environ après le début de ces accidents, le mal parut avoir parcouru toutes ses périodes ; l'état général était satisfaisant, il ne me restait plus qu'un sentiment de malaise, principalement caractérisé par des faiblesses et des éblouissements aussitôt que je voulais m'asseoir, des horripilations qui parcouraient rapidement toute la périphérie du corps, et l'impossibilité de rester plus de quelques minutes dans la même position. Cet état dura jusqu'au lendemain matin; la nuit je dormis à peine; enfin au point du jour je pris un second bain, j'y restai une demi-heure, et je regagnai mon lit sans éprouver de syncope. A peine étais-je couché, que mon corps tout entier se couvrit de sueurs profuses, exhalant une odeur très-prononcée d'ammoniaque; elles durèrent près d'une heure, et dès cet instant j'éprouvai un tel sentiment de bien-être, que je me crus parfaitement rétabli. Il paraîtrait que l'état de malaise dont j'ai parlé, et qui persista alors que tous les symptômes produits par les morsures et leur succion avaient à peu près complétement disparu, était dû à la présence d'une certaine quantité d'ammoniaque dans l'économie, en sorte que cette substance n'avait servi qu'à prolonger un peu plus le mal; enfin tout allait aussi bien que je pouvais le désirer, un sommeil tranquille me faisait oublier mon accident, lorsque mon bras droit vint m'en faire souvenir.

On a remarqué sans doute que je n'ai parlé encore que des symptômes généraux et nullement des accidents locaux; c'est que pendant tout le temps qui s'écoula depuis l'apparition des vomissements jusqu'à l'instant où il se déclara une amélioration notable, le bras se maintint dans un état normal ; le doigt mordu seul présentait une tuméfaction légère; mais aussitôt après le premier bain, je ressentis, dans le voisinage des morsures, une douleur à la vérité très-supportable pendant la nuit entière, mais qui dès le matin s'accrut d'une manière notable. Le doigt devint le siége d'un gonflement considérable ; ce gonflement se communiqua bientôt à la main tout entière, plus tard à l'avant-bras, et enfin au bras, de sorte qu'après le sommeil dont j'ai parlé tout à l'heure, je ne fus pas médiocrement surpris de me trouver avec le bras droit d'un tiers au moins plus volumineux que le gauche, et tourmenté par des douleurs qui me rappelaient parfaitement celles que j'avais éprouvées il y a sept ans, à la suite d'une blessure faite à la main droite en disséquant un cadavre dans un état de putréfaction très-avancée. Une ligne rouge partant de la morsure et venant aboutir aux ganglions lymphatiques de l'aisselle, dont quelques-uns étaient gonflés et douloureux, déterminait la part que le système lymphatique prenait à l'affection. Je recommençai les frictions avec l'huile d'olive, mais sans succès ; la main devenant plus chaude et plus douloureuse, je l'enveloppai d'un large cataplasme de farine de graine de lin ; en moins d'une heure le gonflement eut doublé, et je ne saurais mieux comparer ma main qu'à ces gants que l'on voit figurer à côté des fleurets dans les trophées qui tapissent les murs d'une salle d'armes. En même temps que les symptômes locaux acquéraient de l'intensité, l'état général devenait de plus en plus satisfaisant, et déjà l'appétit commençait à se faire sentir. Cependant le gonflement et la douleur augmentant toujours, je revins encore à l'huile d'olive, mais cette fois j'y ajoutai quelques gouttes de laudanum de Rousseau. On ne saurait croire combien fut rapide le soulagement qui suivit cette embrocation laudanisée. En moins d'une heure la douleur était complétement dissipée, et le gonflement avait diminué d'une manière sensible. Depuis cet instant jusqu'à l'époque de la guérison parfaite, c'est-à-dire trois jours après, il y eut des symptômes de recrudescence, la douleur revenait, et la tuméfaction faisait de nouveau quelques progrès ; mais les embrocations laudanisées en faisaient promptement justice. Je puis affirmer qu'elles ne manquèrent pas une seule fois à mon attente ; j'eus bientôt l'occasion d'en apprécier la merveilleuse efficacité.

Je fus appelé pour donner des soins à une jeune fille qu'une vipère avait mordue à la face dorsale du pied droit. Cette personne, âgée de vingt ans, douée d'une constitution vigoureuse, était occupée à retourner du foin; ses pieds étaient nus selon l'habitude des gens de nos campagnes, lorsqu'elle se sentit tout à coup piquée au pied droit, et vit au même instant glisser à deux pas d'elle une vipère qu'elle poursuivit vainement en poussant de grands cris. On s'empressa autour d'elle, on reconnut la double morsure du reptile, et la jeune fille s'étant liée elle-même la jambe au-dessus des malléoles, regagna son domicile qui était peu éloigné. Conservant beaucoup de sang-froid au milieu des cris et des larmes des personnes qui l'entouraient, elle demanda un vase de lait chaud et y plongea le pied ; mais il survint une syncope, un vomissement la suivit de près, et la malade ne pouvant rester plus longtemps assise fut obligée de se coucher. J'arrivai près d'elle deux heures après son accident; la pauvre fille se plaignait surtout de son pied dont elle n'avait encore osé enlever la ligature. Je le trouvai en effet dans un état déplorable; il était froid, d'un bleu livide, et surtout horriblement tuméfié. Deux vésicules remplies d'une sérosité rousseâtre surmontaient les deux petites plaies formées par les crochets de la vipère. J'eus bientôt plongé la pointe d'un bistouri dans les deux morsures, instillé quelques gouttes d'une solution concentrée de nitrate d'argent (douze grains par once d'eau instillée) et enlevé la ligature; la couleur bleuâtre disparut presque subitement, le pied devint rouge, mais la douleur et la tuméfaction ne diminuèrent pas d'une manière sensible. Bientôt je pratiquai les embrocations d'huile d'olive laudanisée; en moins d'une demi-heure, la douleur n'exista plus; aussitôt qu'elle se reproduisait,

les mêmes soins la faisaient immédiatement cesser. De même que chez moi, le gonflement du pied et de la jambe ne furent complétement dissipés qu'au bout de trois jours ; mais il est à remarquer que dans ce cas il n'y eut point d'accidents généraux bien graves, et cependant la malade n'avait point pris d'ammoniaque liquide à l'intérieur : c'est que, d'une part, la ligature avait été maintenue fort longtemps, et d'une autre part les plaies avaient été beaucoup mieux cautérisées. Il serait possible aussi que la vipère ne fût pas aussi grosse que celle qui avait déterminé chez moi des accidents si terribles ; cependant, outre que la jeune fille affirmait que le reptile paraissait appartenir aux plus grosses espèces, il était évident, à l'espace qui séparait les deux morsures, qu'elles n'avaient été faites que par une vipère d'un assez belle grosseur. On serait donc tenté de tirer de ces deux faits les conclusions suivantes :

1° L'ammoniaque liquide ne jouit d'aucune propriété spécifique contre le venin de la vipère ;

2° Comme caustique, plusieurs agents chimiques, et entre autres le nitrate d'argent à l'état de solution concentrée, doivent lui être préférés ;

3° Contrairement aux assertions de l'abbé Fontana et de plusieurs naturalistes, il peut être quelquefois dangereux de sucer les plaies dans lesquelles la vipère a déposé son venin ;

4° Les embrocations d'huile d'olive tiède laudanisée sont employées avec le plus grand succès contre le gonflement douloureux qui accompagne presque toujours la morsure de la vipère.

Il me reste à ajouter quelques mots sur l'organisation même de ce reptile.

On concevra sans peine que dès ma convalescence j'éprouvasse le désir de revoir le lieu de mon accident, et de détruire si je le pouvais mon dangereux ennemi. On sait en effet que les vipères s'éloignent peu des lieux où elles élisent domicile, et que si on les a aperçues une fois, on les revoit bientôt si on a la patience de les guetter. C'était un samedi que j'avais été mordu ; le mercredi suivant, après deux courses infructueuses, j'eus le plaisir de retrouver la vipère et d'en faire deux tronçons. Je la rapportai triomphalement chez moi, elle avait un peu plus de vingt-cinq pouces de longueur, ce qui est énorme. Je procédai immédiatement à la dissection de son appareil venimeux ; comme je soulevais l'un des crochets avec une pince, pour mieux juger de son mécanisme et de la disposition de son articulation avec l'os maxillaire, je remarquai que ce crochet était formé de deux pièces juxtaposées, renfermées jusqu'à une ligne et demie de leur sommet dans une même membrane. Je me souvenais parfaitement que les naturalistes affirment que chacune de ces dents mobiles est formée d'une seule pièce canaliculée ou sillonnée, et quelquefois divisée à son sommet. Aucun ne dit qu'elle soit formée de deux pièces juxtaposées et indépendantes ; c'est pourtant ce que je constatai de la manière la plus évidente, et ce que deux ou trois personnes qui étaient présentes virent aussi distinctement que moi. En effet, j'ouvris la membrane ou repli muqueux, qui partant de la gencive entoure comme un fourreau le crochet mobile jusqu'à une petite distance de son sommet ; je la détachai complétement, et nous vîmes que les deux pièces dont j'ai parlé étaient parfaitement indépendantes et formaient en s'unisant avec le maxillaire, deux articulations isolées. Saisie avec la pince, chacune pouvait être unie sans que sa congénère perdît de son immobilité ; ainsi la dent était bien formée de deux crochets indépendants en réalité, mais soudés en apparence, unis qu'ils étaient par le même fourreau membraneux, de telle sorte qu'au premier coup d'œil et avant cette dissection minutieuse, on aurait pu affirmer qu'il n'existait qu'une pièce osseuse. Ces deux crochets, assez semblables à deux fines arêtes, formaient en s'unissant un très-petit sillon à la base duquel venait s'ouvrir le canal excréteur de l'appareil glanduleux qui fournit le venin. Je disséquai le côté opposé avec le même soin, et je remarquai la même disposition anatomique. Je pensai dès lors à publier mon observation, mais je ne me pressai pas, voulant d'une part consulter les auteurs que je ne connaissais pas, et de l'autre espérant avoir l'occasion d'examiner de nouvelles vipères. Je n'ai rien trouvé dans les ouvrages d'histoire naturelle que je n'eusse déjà lu dans ceux que je possède moi-même, et cependant j'ai eu deux fois encore le plaisir de disséquer une vipère et de constater la présence des deux crochets dans le même repli membraneux. Puis-je conclure de ces trois faits qu'il existe dans nos montagnes une espèce de vipère que les naturalistes n'ont pas décrite, ou bien que jusqu'à présent les dissections de ce reptile n'ont pas été faites avec assez de soin, ou bien encore la disposition anatomique que j'ai constatée trois fois serait-elle purement individuelle ? je livre ces réflexions à l'appréciation des hommes compétents.

A. Grand-Boulogne, D. M. P.
De Theys (Isère).

III. — Emploi du kermès à haute dose.

Le kermès minéral à haute dose est le plus puissant auxiliaire des émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie : en d'autres termes, et pour mieux exprimer ma pensée, le kermès donné à haute dose est aussi puissant que la saignée à conduire la pneumonie à résolution. J'avoue que cette proposition va paraître un peu hardie à beaucoup de mes confrères, rien cependant ne me semble trop avancé ; les faits qui se sont passés sous les yeux de nos maîtres, qui ont été observés par eux avec soin, constituent, il faut bien l'admettre, des données certaines ; c'est à une pareille source que je vais puiser les preuves qui, selon moi, doivent appuyer ma poposition.

Presque tous les médecins s'accordent à reconnaître dans la pneumonie une des plus graves maladies sporadiques du grand cadre nosologique, et les différents tableaux de mortalité attestent le trop grand nombre de cas contre lesquels les divers modes de traitement viennent échouer.

Une chose assez remarquable, et que chacun aura pu observer comme je l'ai fait, c'est qu'à gravité égale, il meurt beaucoup plus de pneumoniques dans les hôpitaux que dans la pratique privée, en la prenant même dans la dernière classe de la société, et cependant on sait qu'aujourd'hui tous les soins sont prodigués aux malades des hôpitaux; on sait aussi que toutes les mesures de salubrité sont l'objet d'une attention particulière de la part des médecins et des administrateurs, à quoi alors attribuer la différence que je signale? S'il m'est permis d'émettre mon opinion en ceci, je dirai qu'en général la médecine des hôpitaux, en ce qui touche certaines maladies, est trop exclusive, et que cette raison n'est sans doute pas pour rien dans le fait dont il est question. Jusqu'à présent on a vu que le terme moyen dans les hôpitaux était de un mort sur sept malades atteints de pneumonie; on a publié à diverses époques des résultats plus avantageux, mais toujours dans la pratique privée.

J'ai recueilli, en les traitant, l'observation de trente-trois pneumonies; sur ce nombre je n'ai perdu qu'un seul malade : on verra, par le résumé qui suit, dans quelles conditions d'âge, de sexe, et à quel degré de l'affection étaient ces maladies, qui, je dois le dire d'abord, habitaient la campagne, et se trouvaient pour la plupart hors d'état de se faire convenablement soigner.

De mes trente-trois pneumoniques, vingt-huit étaient des hommes, âgés, deux de 17 à 19 ans, quatre de 20 à 23, neuf de 24 à 32, six de 33 à 40, quatre de 40 à 50, un de 56 et un de 59. Onze fois la pneumonie était arrivée au second degré avant que je visse le malade; c'est-un de ceux-ci que j'ai perdu; la durée a été pour deux, de douze à treize jours, pour huit, de huit à onze; quatre entrèrent en convalescence le septième jour; chez huit autres ce fut le sixième, et enfin le quatre et cinquième pour les cinq derniers. Des cinq femmes, quatre étaient âgées de 24 à 35 ans, une avait 16 ans; la pneumonie chez les quatre premières a été peu grave et n'a pas dépassé 7 jours de durée, chez la plus jeune malade, dont je rapporterai plus bas l'observation en détail, elle a été fort sérieuse.

Tous les malades que je cite étaient bien certainement atteints de pneumonie; chez tous j'ai constaté, outre les caractères généraux de cette maladie, l'un ou plusieurs des signes caractéristiques suivants : râle crépitant, souffle bronchique, défaut de respiration vésiculaire bronchophonie, matité plus ou moins étendue. J'ai pu m'assurer, que dans le plus grand nombre de cas la maladie avait débuté par un violent frisson suivi de chaleur.

Dans dix cas la pneumonie était accompagnée de pleurésie, mais toujours l'inflammation du poumon a dominé, toujours il m'a semblé que c'était sous son influence que la plèvre était venue à s'enflammer.

Maintenant il faut que je le dise, que tous mes pneumoniques ont été saignés; toutefois j'ajouterai qu'ils l'ont été avec beaucoup de réserve, ce qui m'aurait sans aucun doute valu le blâme de ceux de mes confrères qui ne voient de salut que dans la saignée abondante et réitérée. Je n'ai jamais retiré plus de seize onces de sang (500 grammes), et plus souvent la saignée n'a pas dépassé huit à dix onces (550 grammes). Tous mes malades ont pris du kermès minéral à haute dose, depuis quarante-huit grains jusqu'à deux gros et demi (3 à 10 grammes) en moins de quatre jours; et chose à noter, dans aucun cas cette médication ne produisit des selles ou des vomissements, ce qui détruirait le raisonnement de ceux qui prétendent que, comme l'émétique, le kermès n'agirait qu'en établissant une révulsion sur le tube digestif. Si donc en faisant peu de saignées, et en donnant le kermès à haute dose, j'ai obtenu un résultat beaucoup plus avantageux que par les saignées abondantes seulement, on doit, en bonne logique, en conclure que c'est au sel d'antimoine que je dois une bonne partie du succès.

Obs. I. — Appelé le 11 février pour voir le nommé Pichon, homme robuste, âgé de trente-six ans, d'un tempérament sanguin, et alité depuis trois jours; il avait, me dit-on, été pris tout à coup, pendant son travail, d'un frisson peu après suivi de chaleur, qui s'était prolongée jusqu'au surlendemain, époque à laquelle il survint une toux violente, provoquant l'expulsion de crachats jaunâtres. Je trouvai à mon arrivée le malade couché sur le dos, la tête et les épaules élevées sur plusieurs coussins, la face colorée et anxieuse, cent huit pulsations, pouls plein, large et tendu. Le côté gauche de la poitrine manifestement moins dilaté que le droit par la respiration, donnait dans une étendue de trois travers de doigt au-dessous de la clavicule, dans la fosse sus-épineuse, et à la partie postérieure une matité complète; absence de respiration dans ces mêmes parties, point de râle crépitant, le souffle tubaire et la bronchophonie étaient faciles à constater; la toux était très-fréquente, les crachats caractéristiques. Diag. : hépatisation du lobe supérieur gauche. Trait. : saignée de douze à quatorze onces (400 à 450 grammes), looch anodin, tisane pectorale.

Le 12, le malade a eu un peu de mieux, qui ne s'est pas soutenu; le sang présente un caillot abondant et ferme recouvert par une couenne inflammatoire de quatre lignes d'épaisseur. Prescription d'une nouvelle saignée qui ne put être faite à cause de l'opposition des parents du malade : trente-six grains (2 grammes) de kermès dans une potion de quatre onces (125 grammes), à prendre de 1/2 heure en 1/2 heure.

Le 13, peu d'amélioration; j'insiste pour obtenir une nouvelle saignée, qui m'est encore refusée; application de quelques sangsues; quarante-huit grains de kermès (2 grammes et demi).

Le 14, mieux notable; on entend quelques bulles de râle crépitant; vingt grains de kermès.

Le 15, dans tout le lobe supérieur on per-

çoit, sans trop approcher l'oreille, le râle crépitant à grosse bulle; il est survenu une forte sueur pendant la nuit; 15 grains (8 décigrammes de kermès). Dès lors la maladie fût jugée.

Le 17, le malade était convalescent.

Obs. II. — La fille Loiseau, âgée de seize ans, réglée irrégulièrement depuis un an, est atteinte, le 14 février, d'une suppression menstruelle qui l'oblige à garder la chambre. Les choses restent ainsi pendant huit jours, on me fait demander le neuvième : je prescris dans le but de rappeler les règles, des topiques irritants et une application de sangsues aux cuisses. Je ne m'occupai plus de cette malade.

Le 18 on accourut me prévenir qu'elle était à l'agonie. A mon arrivée je pus voir de suite combien en effet son état était alarmant. Perte de connaissance; décubitus dorsal; face gonflée et d'un rouge violet; dypsnée; pouls fréquent et serré; toux; crachats visqueux et rouillés; matité dans les deux tiers supérieurs du côté gauche de la poitrine, surtout au sommet et en avant; absence de respiration dans tout le lobe supérieur et dans une partie du lobe inférieur; souffle bronchique; bronchophonie; plus bas, et en arrière, on entendait du râle crépitant à petites bulles. Le diagnostic ne me parut pas douteux; hépatisation de la moitié supérieure du poumon gauche, avec engouement d'une partie de la moitié inférieure. Je crus de plus, à divers signes, et au rapport qui me fut fait, reconnaître une péricardite. Trait. : saignée de dix onces (300 grammes); dix sangsues sur la région péricardite; vingt-quatre grains (1 gramme 1/2) de kermès dans un looch; tisane pectorale.

Le 21, les premières cueillerées du looch, ont paru exciter des nausées, sans pourtant qu'il y ait eu de vomissements; sang couenneux; la connaissance est un peu revenue : trente-six grains (2 grammes) de kermès.

Le 22, respiration plus facile; matité circonscrite dans une plus petite étendue; les crachats plus abondants sont moins visqueux : vingt-quatre grains (1 gramme 1/2) de kermès.

Le 23, la respiration est revenue dans les parties hépatisées, mais elle y est mêlée à du râle crépitant à grosses bulles; la malade n'accuse aucune douleur vers le cœur; vingt grains (1 gramme) de kermès.

Le 24, il ne reste plus que quelques petits points de matité; le murmure respiratoire s'entend partout; quelques rares bulles de râle. J'accorde du bouillon et je prescris dix grains (5 décigrammes) de kermès.

Le 28, tout était dans un état parfaitement normal.

Obs. III. — Je vis le 6 novembre, le sieur Chatelet, âgé de quarante-cinq ans. Cet homme, d'un tempérament bilieux, est sujet à des accidents pulmonaires. A la suite d'un travail forcé il s'était refroidi subitement; deux jours après je pus constater une pneumonie double des lobes supérieurs, tendant à passer prochainement en deuxième degré, plus une bronchite. Trait. : le 6, saignée de huit à dix onces (250 à 300 grammes) seulement, parce que je crus remarquer une certaine diffluence du sang : vingt grains (1 gramme) de kermès dans une potion anodine.

Le 7, le sang offre un caillot peu considérable, qui est recouvert d'une couche couenneuse peu résistante; le pouls est assez mou; Je ne crus pas devoir faire une nouvelle saignée, quoique le râle crépitant et la matité eussent persisté : vingt grains (1 gramme) de kermès.

Le 8, point de changement : trente-six grains (2 grammes) de kermès.

Le 9, moins de matité; expectoration peu facile; le râle existe encore : vingt grains (1 grammes) de kermès.

Le 10, mieux notable; on entend la respiration à travers les bulles de râle : quinze grains (8 décigrammes) de kermès.

Les 11, 12 et 13. Pendant ces trois jours le malade a pris encore dix-huit grains (1 gramme) de kermès; il est en état de se promener dans sa chambre.

On a vu qu'il ne m'a pas toujours été possible de saigner à cause du préjugé des habitants de la campagne. J'aurais cependant insisté davantage, si je n'avais pas eu autant de confiance dans l'efficacité du kermès; je confesse toutefois que je suis loin de vouloir négliger la saignée dans le traitement de la pneumonie.

Je n'ai rapporté que trois observations, parce qu'elles suffisent pour donner une idée de la dose à laquelle j'ai élevé l'administration du kermès. Je me propose, si je puis joindre un plus grand nombre de cas au nombre que j'ai recueilli, de les publier tous, heureux si mes efforts peuvent engager des praticiens plus éclairés à faire des expériences sur la matière.

IV. Observation de péripneumonie, traitée d'abord par les saignées répétées, puis par le musc.

Blaud Pierre, âgé de vingt-trois ans, soldat au 45e régiment d'infanterie, d'une bonne santé habituelle, d'une taille de cinq pieds trois pouces, musculeux, cheveux et sourcils châtain clair, fut atteint il y a trois mois, étant en garnison à Parthenay, d'une maladie grave qui fut traitée par des applications de sangsues et des vésicatoires. Pendant cette maladie, il perdit connaissance, eut du délire et fut très-mal. Il demeura longtemps à l'hôpital, en sortit convalescent, et arriva à Nantes vers la fin d'octobre, toussant un peu et s'enrhumant facilement.

Le 9 décembre 1838, Blaud fut obligé de se trouver à une revue qui dura près de trois heures, le temps étant sec et froid; il ressentit dès lors du frisson et du malaise. La nuit suivante étant de garde, et la température continuant d'être très-froide, il fut saisi vers deux heures du matin d'un frisson violent avec douleur au côté gauche de la poitrine et toux opiniâtre. C'est en cet état qu'il fut apporté à l'hôpital le soir à six heures. La toux était fréquente, l'expectoration rare et amenant quelques crachats transparents, légèrement rouillés; une douleur vive existait au-dessous du sein gauche, la respiration était anxieuse, le pouls ferme et fréquent, un râle crépitant profond s'entendait dans les points douloureux, la poitrine rendait un son mat de ce côté. Une saignée de bras de quinze onces (470 grammes), fut immédiatement pratiquée par l'élève interne de l'Hôtel-Dieu.

11 Décembre, (deuxième jour).—Les symptômes de la veille persistent. La respiration est très-pénible, la douleur s'étend jusqu'à l'épaule, le pouls reste fréquent et ferme, le sang tiré la veille est riche et très-couenneux. (Saignée de bras seize onze, (500 grammes), trente sangsues sur le côté, looch gommeux, boissons pectorales.) Le soir l'anxiété, l'oppression sont encore plus grandes, une deuxième saignée de douze onces (375 grammes), est pratiquée.

Le 12 (troisième jour).—L'état du malade est le même, la physionomie exprime la douleur, les crachats sont visqueux, peu sanglants, la respiration ne s'entend que fort peu dans tout le côté gauche, le râle crépitant se fait surtout entendre en arrière et inférieurement, le pouls est fréquent et serré. Le sang tiré la veille est couenneux, surtout celui de la saignée faite le soir. (Saignée de seize onces (500 grammes), deux heures après quinze sangsues sur le côté.)

Le soir le malade est mieux.

Le 13 (quatrième jour).— Oppression moindre, pouls moins dur, les crachats sont plus rouillés. (Cinquième saignée de douze onces (375 grammes); looch avec kermès trois grains (15 centigrammes).

Le 14 (cinquième jour).— Le sang de la saignée est toujours très-couenneux, le malade est plus mal qu'hier, l'anxiété est plus grande, la toux très-fréquente avec expectoration visqueuse, le pouls toujours fréquent est moins ferme. Un vésicatoire de trois à quatre pouces (1 décimètre de largeur) est appliqué sur le côté. Potion kermétisée avec cinq grains (25 centigrammes) de kermès.

Le malade eut pendant la journée des selles répétées accompagnées de dysurie, l'oppression augmenta néanmoins, et devint extrême, le pouls s'accéléra beaucoup; on crut indispensable de faire immédiatement une saignée de bras de dix onces (300 grammes), le malade était menacé d'étouffement. Des sinapismes furent aussi placés aux jambes.

Le 15 (sixième jour).— Amélioration remarquable. La respiration est plus libre, un râle sibilant commence à se faire entendre, l'expectoration se fait mieux, les crachats sont moins visqueux, le pouls moins fréquent. Après la saignée faite la veille au soir, le malade a dormi pendant plusieurs heures. Le sang est couvert d'une couenne extrêmement épaisse et très-ferme. (Looch blanc kermétisé quatre grains (2 décigrammes). La journée se passe assez bien, une saignée conditionnelle prescrite le matin ne fut pas faite; le soir, expectoration plus facile, crachats muqueux.

Pendant la nuit il commença à avoir un peu de délire.

Le 16 (septième jour).—L'amélioration paraît continuer, le pouls est toujours fréquent, mais plus ferme que la veille, le râle crépitant à la partie moyenne du côté gauche et le râle sibilant à la partie supérieure continuent.

Il n'y a pas de toux et d'expectoration ce matin. Saignée de bras de dix onces, (300 grammes), looch kermétisé comme la veille.

Le soir délire; on pose des sinapismes aux pieds.

Le 17 (huitième jour).—Etat local absolument le même, mais délire toute la nuit, expression altérée de la physionomie, réponses justes, mais peu sûres, pouls très-petit et fréquent. On tente encore une saignée de bras, c'était la huitième depuis le début; on prescrit un looch avec six grains (3 décigrammes) de kermès : depuis deux jours ce médicament est toléré et ne produit pas de selles. Le soir, le malade est plus mal, il a déliré tout le jour, il a fallu lui mettre la camisole de force pour l'empêcher de sortir de son lit; la figure est altérée, les traits crispés, les yeux brillants, le pouls fréquent, faible et petit. Le sang tiré le matin est moins couenneux que celui des saignées précédentes. Un très-large vésicatoire est placé sur toute la partie antérieure du côté gauche du thorax; quatre grains (2 décigrammes) de kermès dans un looch sont administrés pendant la nuit; cataplasmes, sinapismes aux jambes et aux cuisses.

Le 18 (neuvième jour).—Etat semblable, pouls petit, faible, à cent quinze pulsations par minute, délire continuel, peu de toux sans expectoration, respiration fréquente; environ quarante respirations par minute, respiration presque nulle dans le côté gauche, son mat. La veille, notre confrère et ami le docteur Padioleau, qui suivait la visite, nous avait parlé du *musc*, nous l'avions rejeté, voulant encore avoir recours aux antiphlogistiques, aux révulsifs et aux antimoniaux. Bien convaincus désormais de l'inefficacité absolue de tous ces moyens, considérant que le délire qui avait commencé depuis deux jours, ne paraissait aucunement sous la dépendance d'une méningite et semblait ne pas être en rapport avec les symptômes locaux de la pneumonie, qui n'offraient pas une plus grande intensité, nous nous décidâmes à donner le *musc*, comptant fort peu cependant sur le succès, et regardant le malade comme à peu près sans ressource. Le malade prit toutes les heures une pilule d'un grain (5 centigrammes) de *musc*. Dans la journé le délire diminue de violence, le soir à six heures il a cessé entièrement, le malade est comme hébété, assoupi, a des bâillements fréquents, et répond très-difficilement aux questions qu'on lui adresse, les sens semblent tout émoussés. Le pouls est moins fréquent (cent pulsations,) la respiration est la même, on entend un peu de râle pendant les mouvements respiratoires et sans avoir besoin d'appliquer l'oreille sur la poitrine. Le malade avait pris alors huit grains (4 décigrammes) de *musc;* on le continue à la même dose.

Le 19 (dixième jour).— Nuit calme, sans délire, l'engourdissement de la veille continue, le pouls donne cent quinze à cent vingt pulsations par minute, les mouvements respiratoires vingt-huit à trente, toux et crachats muqueux; quand on parle fortement au malade, il se réveille et répond avec justesse. (Vingt grains (1 gramme) de *musc* en vingt heures ont été administrés depuis la veille.)

On cesse le musc pour y revenir dans l'après-midi, cinq grains (25 centigrammes) sont administrés dans soirée et la nuit suivante. Dans la journée et le soir, l'expression de la physionomie est bonne, les sens sont encore obtus, il y a tendance à l'assoupissement, mais sans aucun délire, la toux est facile, des crachats opaques sont expectorés. Le soir, le pouls tombe à quatre-vingt-quinze, et est plus large.

Le 20 (onzième jour).— Il ne reste plus de stupeur, la physionomie est celle d'un convalescent, pouls à cent pulsations, expectoration muqueuse très-abondante, peau moite. Dans la journée le pouls tombe à quatre-vingt-dix, le lendemain il ne bat plus que quatre-vingt-quatre fois, l'appétit se prononce, la respiration se rétablit presque complétement à gauche, la *convalescence* est décidée et se confirme les jours suivants.

Les premies jours de janvier le malade est entièrement rétabli, il sort de l'hôpital le 10 du même mois.

—

L'observation dont nous venons de vous donner lecture nous a paru importante en elle-même et surtout en la rapprochant de quelques faits analogues. Les faits de guérison de pneumonies ataxiques par le *musc* ne sont pas en effet très-communs. M. Récamier, qui, sans doute en méditant sur les caractères des désordres nerveux dans certaines phlegmasies, a le premier administré le musc dans les péripneumonies accompagnées de délire, rapporte deux faits de guérisons dues à ce médicament. Trois autres cas analogues furent publiés dans la Bibliothèque médicale (année. 1818), par M. Jacquet, élève de M. Récamier.

Dans le *Traité de Thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux, à l'article *musc*, ces auteurs rapportent deux autres faits recueillis à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Enfin un de nos collègues, M. Padioleau, nous a l'année dernière communiqué une observation du même genre qui a été insérée dans le journal de la section de médecine.

Dans le traité de thérapeutique que nous venons de citer, tout ce qui se rapporte au *musc* et à ses effets est discuté avec beaucoup de détails. La valeur des faits relatifs au traitement des pneumonies ataxiques *par le musc* est établie d'après un examen approfondi de ces faits, et il ne peut rester de doute dans l'esprit de personne sur l'efficacité de ce médicament dans les circonstances indiquées. L'observation que vous venez d'entendre, messieurs, nous semble également péremptoire. Ici, nul doute ne nous paraît possible ; après deux améliorations momentanées survenues aux troisième, quatrième et sixième jours de la maladie, et qui parurent évidemment dues aux évacuations sanguines qui ne furent pas épargnées, un délire violent, suivi de l'affaissement des forces, de la petitesse et de la faiblesse du pouls, de l'altération des traits, s'empara du malade. L'expectoration avait cessé, la respiration s'embarrassait, la pneumonie se compliquait enfin de ces accidents nerveux qui la rendent le plus ordinairement mortelle. Les saignées, auxquelles on eut encore recours, furent sans effet; les révulsifs, les préparations antimoniales, ne modifièrent en rien l'état du malade, la mort paraissait imminente, et ce ne fut, pour ainsi dire, qu'en désespoir de cause, pour exprimer ici toute notre pensée, que nous tentâmes de recourir au *musc*. En le donnant, nous étions loin de compter sur un succès, et nous disions en nous adressant à M. Padioleau et à l'élève interne qui écrivait la visite, que, si le malade guérissait, ce serait là certes un beau cas de médecine.

Eh bien, messieurs, et ceci est l'exacte vérité, le surlendemain le malade entrait en convalescence. Dès le soir, alors que huit à dix grains (4 à 5 décigrammes) de *musc* avaient été donnés, le délire cessa complétement, le malade nous parut dans un état fort singulier ; ce n'était pas un sommeil profond, mais cet engourdissement qui le précède ; il bâillait souvent, ne répondait qu'à peine et pas toujours aux questions qu'on lui faisait, ses sens étaient obtus, émoussés en quelque sorte, le pouls était déjà moins fréquent et moins petit. Cette somnolence, qui finit par un véritable sommeil pendant la nuit suivante, persistait le lendemain et ne diminua que dans la journée. Ainsi le médicament avait agi d'une manière remarquable sur la cause du délire, sur l'élément de trouble qui menaçait prochainement. Les grandes fonctions de l'économie, les fonctions nerveuses, celles de la circulation et de la respiration, qui sont en quelque sorte les mesures de la puissance vitale, comme nos thermomètres le sont du principe de la chaleur, auparavant enchaînées dans leurs actes, se rétablirent rapidement et avec une admirable régularité. La solution complète de la phlegmasie du poumon qui avait été entravée par l'apparition des désordres nerveux, se fit avec facilité, l'expectoration devint abondante et catarrhale, et rien ne vient plus troubler le retour vers la santé.

Un fait n'a de valeur qu'autant qu'il se lie à ceux qui ont avec lui de l'analogie, et qu'il continue la série des travaux déjà acquis à la science. C'est par là que les faits de guérison, de pneumonie ataxique, ont une importance réelle, parce qu'ils continuent la chaîne des faits antérieurement recueillis sur les effets des médicaments antispasmodiques dans un grand nombre d'affections nerveuses, de forme aiguë ou chronique. Le *musc* en particulier a été regardé par les grands médecins des siècles qui nous ont précédés, comme un des plus puissants antispasmodiques; ils l'administraient beaucoup plus souvent que nous, ils en abusaient même, parce qu'on est logiquement conduit à user au delà des bornes d'une chose éminemment utile.

Dans son histoire des épidémies observées à Naples à la fin du dix-huitième siècle, Sarcone cherche à poser avec le plus grand soin les indications du *musc* et des médicaments calmants, dans les fièvres graves où prédominent les symptômes nerveux.

« Quand il y avait, dit Sarcone, menace de délire, et qu'il paraissait dans l'ensemble des symptômes une sensibilité manifeste, à la-

quelle se joignait de l'insomnie et un trouble extrême dans les affections ; les seuls remèdes qui convenaient alors étaient ceux qui pouvaient introduire dans la machine un principe de calme et de repos. Or, on ne peut assez louer dans ce cas l'avantage que procurait à nos malades l'emploi des doux calmants et des narcotiques prudemment administrés. Tel était surtout *le musc*, qui jouissait de la plus grande efficacité pour adoucir et réprimer ce principe de sensibilité convulsive qu'on voyait dominer chez quelques-uns, à un degré éminent. Ceux-ci tombaient d'abord dans un engourdissement agréable et inespéré, puis passaient par degrés au repos, à l'assoupissement, au sommeil ; leur pouls acquérait une certaine ondulation régulière, la respiration devenait moins suspirieuse ; et, s'il arrivait quelquefois qu'on n'eût pu éviter le délire, celui-ci ne fut certainement pas aussi véhément qu'il avait menacé de l'être, et ne parvint jamais à ces dangereuses extrémités auxquelles il arrivait chez ceux chez lesquels ce médicament, par je ne sais quels préjugés mal entendus, ne fut jamais employé ou ne le fut que tard.» (Sarcone, *Histoire raisonnée des Maladies observées à Naples*, t. II, page 240.)

Lorsqu'à l'excès de sensibilité se joignait une insomnie fatigante et opiniâtre, Sarcone unissait avec avantage l'opium au musc. « Cet expédient, ajoute-t-il, ne paraîtra étrange et déraisonnable qu'à ceux qui n'ont jamais consulté dans l'exercice de leur profession, ni la raison, ni l'histoire des maladies, ni les vrais oracles de l'art salutaire de guérir. » (Idem, pag. 242.)

Dans sa Matière médicale, Carminati s'attache à préciser avec une exactitude remarquable les effets du musc, et à déterminer ses indications. « Le musc, dit-il, ne convient pas en général quand les forces sont encore entières, qu'il existe une grande irritabilité, de la pléthore, de la tendance à l'inflammation ou aux hémorrhagies, et lorsque l'irrégularité dans les mouvements nerveux ne procède pas de la faiblesse ou d'un affaissement de la sensibilité.... Le musc pénètre intimement toute l'économie, il imprègne tous les tissus, il excite et change la condition actuelle du système nerveux en lui imprimant une sorte de secousse, il provoque doucement la sueur, etc. (Carminati, *Mat. médicale*, t. II.)

Ainsi le musc, d'après la plupart des observateurs, ne convient pas dans le principe des maladies inflammatoires; et lorsque dans celles-ci il survient des accidents nerveux d'une nature grave, avant de donner le *musc*, il faut d'abord reconnaître si ces désordres nerveux ne dépendent pas de l'intensité de la phlegmasie ou de quelque complication. C'est en soumettant à cette analyse les péripneumonies accompagnées de délire, que les auteurs du *Traité de Thérapeutique*, dont nous avons parlé, ont établi les indications du musc dans ces cas. Il ne convient donc, ni lorsque l'excès de l'inflammation pulmonaire, ou la coïncidence d'autres phlegmasies, ou la suppuration du tissu du poumon lui-même, sont les causes du délire ; mais alors que celui-ci n'est accompagné d'aucun des caractères de l'arachnitis, qu'il est survenu tout à coup, sans avoir été précédé des signes d'une congestion cérébrale, qu'il est promptement porté jusqu'au plus haut degré de violence, que le pouls devient en même temps faible, petit, plus fréquent, que les traits de la physionomie s'altèrent, se grippent, etc.; dans ces circonstances, où la gravité des accidents nerveux n'est nullement due à une phlogose de l'arachnoïde, mais à un trouble d'une autre nature, amené par la modification profonde qu'une grande phlegmasie a fait subir à toute l'économie ; dans ces cas, c'est à des médicaments d'un ordre différent qu'il faut avoir recours. Tel nous paraît avoir été le délire qui, au septième jour de la maladie, survint instantanément chez notre malade, et qui ne nous sembla pas avoir de liasion essentielle avec la phlegmasie du poumon. Ici, *un élément nouveau* était apparu, et, pour le combattre, il fallait *une médication nouvelle*. Les antiphlogistiques, les révulsifs n'y pouvaient rien, et c'eût été un malheur pour le malade, si, préccocupés de l'idée d'une phlegmasie des méninges, nous eussions considéré le délire comme symptomatique d'une méningite récente.

Peut-être trouverez-vous, messieurs, que nous insistons trop longuement sur un fait unique, dont il ne serait pas permis de tirer de telles conséquences, si ce fait ne se liait à d'autres que vous connaissez déjà, et si d'ailleurs les vérités les plus hautes et les plus importantes n'étaient pas renfermées dans un seul cas de médecine, à la condition que ce cas soit soumis à une sévère observation et à l'examen ultérieur d'une critique approfondie. Ce n'est pas dans le nombre que réside la puissance et la valeur des faits, c'est dans les faits eux-mêmes ; et, s'il est nécessaire que les déductions tirées d'un fait unique soient soumises au contrôle d'une expérience postérieure, et appuyées sur de nouveaux faits, cela tient à la faiblesse de notre esprit, qui n'aperçoit pas dès l'abord toute la vérité contenue dans les phénomènes, et qui a besoin que ceux-ci passent plusieurs fois devant lui. C'est là sans doute la raison pour laquelle Morgagni disait qu'il fallait *peser* les observations et non les compter ; non qu'il méconnût les résultats pratiques à déduire d'un grand nombre de faits analogues, mais parce qu'il craignait peut-être que l'on s'attachât plutôt à les compter qu'à les apprécier à l'aide d'un examen consciencieux. En contemplant ainsi avec une longue attention certains faits frappants, en s'appuyant surtout sur les travaux des grands observateurs, dont la vue perçante s'étendait bien plus loin que la nôtre, et apercevait la lumière où nous ne voyons que ténèbres, on peut arriver à des conclusions générales propres à guider dans la pratique.

C'est ainsi que de l'observation que nous venons de vous soumettre, il nous a semblé résulter que, dans les phlegmasies et généra-

lement dans les maladies aiguës, il pouvait se manifester des complications de nature complexe, et d'après lesquelles le traitement de la maladie primitive devait être modifié; et de plus, que ce traitement spécial de certaines complications devait nécessairement avoir de l'influence sur la marche et la solution de la maladie principale. On voit en effet sous l'influence de causes appréciables, mais souvent hors de la portée de notre vue, des éléments morbides d'ordre différent, surgir pendant la marche d'une phlegmasie ou quelquefois encore se montrer dès son début. C'est dans quelques cas un état particulier des organes digestifs et de leurs annexes, manifesté parce que les anciens désignaient, à défaut d'autre terme qui pût mieux rendre leur pensée, sous le nom de *diathèse bilieuse*; d'autre fois c'est une anomalie soudaine, une exaltation violente, *une ataxie* dans les actes exécutés par les fonctions nerveuses, et qui s'annonce par des mouvements convulsifs, le délire, etc.; ailleurs c'est un *élément intermittent* qui se présente inopinément et vient troubler les phases régulières de l'affection primitive, qui paraissent tendre vers une terminaison prochaine. Dans toutes ces circonstances, l'élément pathologique nouveau ne peut être attaqué par les même agents à l'aide desquels le médecin combattait la maladie primitive. Des modifications appropriées, des médications d'un autre ordre doivent être employées; et quoique ces médications n'agissent pas immédiatement contre la maladie primitive, quoiqu'elles ne l'attaquent pas directement et dans les principes qui la constituent, cependant, en attaquant le nouvel élément morbide, elles tendent à détruire la cause qui s'opposait aux efforts des puissances conservatrices de la vie, et, cette cause une fois écartée, la résolution de la phlegmasie existante devient désormais facile et se fait sans obstacle. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte des succès obtenus par Stoll et beaucoup d'autres médecins dans le traitement des pneumonies et des pleurésies avec diathèse bilieuse, et des faits de guérison de pneumonies ou d'autres maladies aiguës fébriles, accompagnées de délire et de désordres nerveux, par le *musc* et par d'autres antispasmodiques.

En un mot, les causes morbides diffèrent, les formes pathologiques varient, et malgré le fond organique toujours identique dans lequel elles se produisent, elles ne se montrent pas sous le même aspect. Enfin, par une conséquence nécessaire, les agents thérapeutiques ne doivent pas toujours être de même nature; il n'y a pas *qu'une maladie* et *qu'un remède*.

THIBEAUD,

Professeur de Clinique à l'école secondaire de Nantes.

V. — Nouveau traitement de l'ongle incarné.

M. Lévêque, vicaire de la paroisse Notre-Dame, à Niort, me fit appeler il y a six mois pour lui donner des soins. Il était atteint depuis près d'un an de la maladie connue sous le nom d'ongle incarné. C'était en vain qu'il avait gardé un repos presque absolu, et qu'il avait fait cautériser plusieurs fois des chairs élevées et fongueuses qui se développaient sur toute la longueur du bord interne de l'ongle du gros orteil et du pied droit; il ne pouvait guérir, et les douleurs qu'il ressentait de ce mal étaient si pénibles qu'elles allaient quelque fois jusqu'à le priver de son sommeil. Je tâchai d'abord d'introduire, suivant la méthode de Desault, une lame de plomb entre l'ongle et les chairs, mais son introduction était toujours douloureuse, et il était ensuite difficile de la maintenir. J'aurais peut-être bien songé à pratiquer l'arrachement de l'ongle, s'il ne m'eût pas paru être trop fortement fixé dans toute sa base. Alors j'imaginai de le faire tomber par le moyen suivant : j'entourai avec beaucoup de précautions toute la rainure de l'ongle avec plusieurs petites bandes de sparadrap superposées; j'en fis autant sur l'ongle lui-même, en ayant soin de décrire bien exactement le contour qu'il fait du côté de sa rainure. Les choses étant dans cet état, je remplis l'espace que j'avais laissé entre mes bandelettes, espace qui était d'une demi-ligne environ, de dix grains de potasse caustique, et je recouvris le tout de bandes de sparadrap, de charpie et de linges. Comme la potasse portait autant sur l'ongle que sur sa rainure ou matrice, la douleur fut peu sensible; cependant, lorsque douze heures après l'application j'eus levé l'appareil, je trouvai que l'ongle était entièrement détaché partout où j'avais mis le caustique. Cet ongle parut au fond de l'appareil comme étant ramolli et boursouflé, ainsi qu'une substance cornée qu'on aurait présentée au feu. Je l'amenai facilement avec mes doigts, et je le fis voir au malade qui en fut fort étonné, car il avait éprouvé peu de douleur et ne se doutait pas qu'il fût ôté. Quoi qu'il en soit, un plumasseau de charpie enduit de cérat fut appliqué sur la plaie; le sixième jour, le malade put se promener dans la chambre; le onzième jour, une cicatrice solide remplaça l'ongle, ce qui permit à la personne qui fait le sujet de cette observation de mettre ses souliers et de se livrer à l'exercice de la marche. Enfin, il y a six mois que M. Lévêque est guéri, et il ne peut craindre la récidive, puisque l'ongle que j'ai fait tomber n'a pas été remplacé par un second.

On voit de prime abord tous les avantages qui sont offerts par ce procédé, que je soumets bien volontiers à l'expérience de mes confrères. Premièrement on obtient par lui dans quelque heures, et pour ainsi dire sans douleur, la destruction de la cause du mal; ensuite, comme la potasse agit en cautérisant la matrice de l'ongle, on n'a pas à craindre la récidive comme dans la méthode par l'arrachement. Ainsi, par mon procédé, j'offre donc au malade une guérison prompte, et j'évite au chirurgien l'emploi de deux moyens presque barbares, l'arrachement et l'application du feu.

BARBETTE, D. M. P.

Mémoire sur les moyens de s'assurer que l'arsenic obtenu des organes où il a été porté par absorption ne provient pas des réactifs, ni des vases employés à la recherche médico-légale de ce poison.

(SUITE.)

De l'acide azotique.

Je ne sache pas que l'on ait encore signalé la présence d'un acide arsenical dans l'acide azotique : mais lors même qu'il s'en trouverait par hasard dans l'acide du commerce, il est évident que ce même acide rectifié sur du nitrate d'argent ne pourrait pas en contenir. Que l'on fasse dissoudre quatre grains (2 décigrammes) d'*acide arsenieux* dans l'acide azotique *pur*, et que l'on distille le liquide dans un appareil composé d'une cornue et d'un récipient en ayant soin d'ajouter préalablement dans la cornue quelques grains de nitrate d'argent solide, le liquide distillé, saturé par la potasse à l'alcool, décomposé par l'acide sulfurique *pur* à la température de l'ébullition pour en chasser tout l'acide azotique, *ne fournira point d'arsenic* quand on le mettra dans l'appareil de Marsh. La matière solide restant dans la cornue, au contraire, si on la dissout dans l'eau et qu'on en sature l'excès d'acide par de la potasse à l'alcool, laissera précipiter de l'*arséniate* d'argent rouge brique, et non de l'arséniate, parce que pendant la distillation l'acide arsénieux s'est transformé en acide arsénique.

Si au lieu de faire dissoudre quatre grains (2 décigrammes) d'acide arsénieux dans l'acide nitrique pur, on avait employé la même dose d'acide *arsénique*, et que l'on eût procédé à la distillation *sans ajouter de nitrate d'argent*, l'acide arsénique *fixe* serait resté *en entier* dans la cornue.

Nous admettrons, toutefois, qu'il puisse exister dans le commerce de l'acide nitrique arsenical, et nous indiquerons comme moyen de déceler l'arsenic qu'il pourrait contenir le procédé dont nous avons déjà parlé, et qui consiste à introduire dans un appareil de Marsh, de la capacité de quatre ou cinq litres contenant déjà de l'eau, du zinc et de l'acide sulfurique *pur*, et il faudrait beaucoup de ce dernier pour obtenir du gaz hydrogène que l'on enflammerait si l'acide nitrique était arsenical, si l'hydrogène, en brûlant, déposait des plaques sur la capsule de porcelaine. Il importe de savoir que la température s'élève beaucoup dans cette expérience et que la flamme, lors même qu'elle serait très-faible, est excessivement chaude. On pourrait encore agir plus sûrement en saturant six onces de l'acide nitrique suspect par la potasse à l'alcool et en traitant le nitrate de potasse formé, comme il sera dit en parlant de l'*Azotate de potasse*.

De la potasse à l'alcool.

Cet alcali ne renferme pas ordinairement d'arsenic et peut être employé sans crainte ; outefois on devra s'assurer qu'il ne contient aucune trace de ce métal si on introduit deux onces (64 grammes) dans l'appareil de Marsh, après l'avoir préalablement saturé par l'acid sulfurique *purifié* étendu de trois ou quatre fois son poids d'eau. Si l'hydrogène en brûlant ne dépose aucune plaque de ce métal sur la capsule de porcelaine, il est évident que la potasse à l'alcool n'est pas arsenicale. Il importe ici, comme dans tous les essais dans lesquels il s'agit de déceler les plus minimes quantités d'arsenic, que la flamme soit faible, de la longueur d'une ligne par exemple : car si elle était forte, la chaleur serait assez intense pour brûler, avant qu'il ne se déposât sur la capsule, le peu de métal que l'hydrogène aurait dissous.

De l'Azotate de potasse (Nitre).

Le nitre cristallisé du commerce est ordinairement exempt d'arsenic ; toutefois, comme il ne serait pas impossible qu'il en contînt, on le soumettra à l'essai suivant. On en décomposera six onces (200 grammes) dans une capsule de porcelaine, à la température de l'ébullition par l'acide sulfurique concentré et *purifié* que l'on versera par petites parties, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de vapeurs orangées de gaz acide azoteux ; alors on ajoutera encore une once (32 grammes) environ d'acide sulfurique et on continuera à faire chauffer, tant que les vapeurs blanches qui s'élèveront auront une odeur nitrique. Dès que les vapeurs auront perdu ce caractère, et qu'elles ne seront plus formées que par l'acide sulfurique, on retirera la capsule du feu et on la laissera refroidir pendant dix ou douze minutes; alors on versera peu à peu dans la capsule quatre ou cinq onces (125 à 150 grammes) environ d'eau distillée et on replacera le vase sur le feu afin de faire bouillir le liquide pendant un quart d'heure et de chasser les dernières portions de gaz nitreux et d'acide nitrique. Dans cet état, la liqueur sera fortement acide et devra être *saturée* par de la potasse à l'alcool : car si on l'introduisait dans l'appareil de Marsh, il se produirait avec l'eau et le zinc une si vive effervescence et un dégagement de gaz hydrogène tel, que la flamme serait excessivement longue et chaude et que l'arsenic se trouverait brûlé avant d'avoir pu se déposer sur la capsule. La masse ainsi saturée par la potasse sera chauffée avec trois ou quatre onces (100 à 125 grammes) d'eau distillée, à la température de l'ébullition, afin de dissoudre l'arséniate ou l'arsénite de potasse qu'elle pourrait contenir ; on filtrera la liqueur et on versera quatre ou cinq onces (125 à 150 grammes) d'eau distillée sur le filtre pour laver les cristaux de sulfate de potasse formé. Le liquide filtré, mis dans l'appareil de Marsh avec du zinc et de l'acide sulfurique purifié, donnera du gaz hydrogène arsenié, si le nitre contenait de l'arsenic ; dans le cas contraire, il ne se déposera aucune tache arsenicale sur la capsule; ici, comme pour tous les essais de ce genre, il faut que la flamme soit bonne.

Je ne saurais trop insister, à l'occasion de l'essai de l'acide du nitre, sur ce que j'ai déjà

dit en parlant de l'acide sulfurique arsenical; toutes les fois que l'on fera usage de cet acide on obtiendra des taches arsenicales, nombreuses, brillantes, intenses, et l'on sera d'autant plus disposé à croire que l'arsenic provient du nitre que l'on soupçonnera moins qu'il est fourni par l'acide sulfurique; ainsi, il m'est arrivé souvent en employant de l'acide sulfurique du commerce, que je croyais à tort exempt d'arsenic par cela seul qu'il ne fournissait point ce métal en le mêlant à de l'eau et du zinc, il m'est arrivé, dis-je, d'obtenir une quantité prodigieuse de taches arsenicales, même lorsque le nitre dont je me servais avait été préparé avec de la potasse à l'alcool et de l'acide nitrique rectifié sur du nitrate d'argent. On aurait pu croire que l'arsenic provenait de ces divers nitres, tandis qu'il était fourni par l'acide sulfurique du commerce (Voir pour plus de détail *l'article acide sulfurique*.

De l'eau.

L'eau distillée ne renferme point d'arsenic; on s'en assurera facilement en enflammant du gaz hydrogène préparé dans un appareil de Marsh, d'une grande capacité, et dans lequel on aura introduit trois ou quatre litres de ce liquide. Si le zinc et l'acide sulfurique sont exempts d'arsenic, l'hydrogène obtenu ne sera point arsenical.

Du zinc et du fer.

« Le zinc du commerce, dit-on, est presque » toujours arsenical; il en est de même de ce- » lui qui a été distillé à plusieurs reprises, » d'où l'on conclut qu'il est impossible de se » servir de ce métal dans les expertises médi- » co-légales dont il s'agit. Ne savez-vous pas » que le fer, qui est à peu près le seul métal » que l'on pourrait substituer au zinc, con- » tient toujours de l'arsenic; comment con- » naîtrez-vous dès lors que les taches arseni- » cales déposées sur la capsule de porcelaine » à mesure que l'hydrogène brûle, provien- » nent de la matière suspecte plutôt que du » fer? vous devez donc renoncer à l'emploi de » l'appareil de Marsh. »

Avant de proscrire l'usage d'un instrument aussi précieux, le seul qui soit susceptible de déceler des atomes d'une préparation arsenicale qui aurait été absorbée, il est important d'examiner ce qu'il y a de vrai dans ces assertions: heureusement, il ne nous sera pas difficile de prouver que les détracteurs de l'appareil se sont trompés. Occupons-nous d'abord du fer.

J'ai souvent introduit dans l'appareil de Marsh une once (32 grammes) de tournure de fer décapé ou légèrement oxydé avec une livre d'eau et deux onces et demie (80 grammes) d'acide sulfurique *pur*; ces proportions d'acide et d'eau nécessaires pour obtenir une combustion lente et convenable de gaz hydrogène, ne m'ont jamais permis de découvrir la plus légère trace d'arsenic; je n'ai pas remarqué, même au bout d'une heure, qu'il se déposât la moindre tache sur la porcelaine. J'ai répété l'expérience avec plusieurs variétés d'acide sulfurique du commerce, et les résultats ont été les mêmes. Il est vrai qu'en employant d'autres échantillons d'acide sulfurique *arsenical* du commerce, j'ai recueilli presque aussitôt sur la capsule bon nombre de petites taches *arsenicales* qui provenaient évidemment de l'acide, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que le même acide ne fournissait point son arsenic lorsqu'il agissait sur du zinc, ou sur la même quantité d'eau: le fait s'expliquera pourtant aisément quand on saura que pour obtenir avec du zinc une *petite* flamme d'une intensité égale à celle que fournissait le fer avec la même proportion d'eau, il ne fallait employer qu'un peu plus d'une demi-once (16 grammes) d'acide sulfurique, c'est à dire cinq fois moins qu'avec le fer; on agissait donc dans un cas avec cinq fois autant d'arsenic que dans l'autre. Cette considération seule suffit pour préférer le zinc au fer; mais il n'est pas vrai de dire que l'on doive toujours proscrire ce dernier métal, car il ne s'agit, pour en tirer souvent parti, que de l'attaquer par de l'acide sulfurique *pur*, et d'essayer l'appareil pendant quinze ou vingt minutes avant d'y introduire la matière suspecte, comme je le dirai en parlant du zinc.

Quant au *zinc*, je ne saurais partager l'opinion de ceux qui pensent qu'il contient *toujours* de l'arsenic; et lors même qu'il serait démontré que certains échantillons de zinc en renferment, je persisterais à soutenir qu'il faut continuer à s'en servir, si l'arsenic qu'ils contiennent ne se montre pas lorsqu'on expérimente avec l'appareil de Marsh. Je vais examiner successivement ces deux propositions, et les appuyer de preuves qui me paraissent incontestables.

1° *Le zinc ne contient pas toujours de l'arsenic.* — On est généralement d'accord pour reconnaître que le moyen le plus sensible pour déceler des atomes d'arsenic, consiste à transformer celui-ci en gaz hydrogène arsénié, à enflammer ce gaz et à recevoir sur une assiette de porcelaine froide les taches arsenicales qui pourraient se déposer. Or, je déclare avoir fait cet expérience plus de cinq cents fois avec de l'acide sulfurique du commerce et du zinc laminé ou en grenaille, acheté chez divers fabricants de produits chimiques, et n'avoir obtenu que *trois fois* de l'arsenic; il est probable que les chimistes qui ont constaté des résultats opposés à ceux-ci auront fait usage d'acide sulfurique contenant une proportion notable de ce métal. Dans tous mes essais, le gaz brûlait avec une flamme faible, en sorte que les plus petites parcelles d'arsenic que le zinc aurait pu fournir à l'hydrogène auraient dû être déposées sur la porcelaine sans être brûlées: ces essais ont souvent duré *une heure et demie* ou *deux heures*; et si, après des tentatives infructueuses et aussi prolongées, j'introduisais dans l'appareil une petite goutte d'acide arsénieux ou d'acide arsénique dissous, à l'instant même la capsule se couvrait de

taches arsenicales. J'ai répété plusieurs fois cette expérience avec de l'acide sulfurique *pur* et quelques gouttes d'acide azotique, qui ralentit l'effervescence, comme je l'ai dit en parlant de l'acide sulfurique (Voir Expér. 7e), et je n'ai jamais obtenu de taches. Mais il m'est arrivé souvent, en employant le même zinc, de l'acide sulfurique du commerce *légèrement arsenical* et quelques gouttes d'acide azotique, d'obtenir une partie de l'arsenic que renfermait l'acide sulfurique. Or, nous savons qu'il n'est pas rare de trouver aujourd'hui de l'acide azotique dans l'acide sulfurique du commerce ; il est donc évident que dans beaucoup de circonstances où l'on a fait usage d'acide sulfurique du commerce à la fois *arsenical* et *nitrique*, l'arsenic obtenu, que l'on croyait à tort fourni par le zinc, *provenait de l'acide sulfurique*. J'avouerai que j'ai moi-même commis quelquefois cette méprise ; j'ai cru pendant un certain temps que les divers échantillons de zinc dont je faisais usage contenaient tous de l'arsenic, et je pensais que l'acide azotique, qu'il était nécessaire d'ajouter pour séparer ce métal, agissait en l'acidifiant et en le plaçant par là dans les conditions les plus favorables pour que l'hydrogène enlevât l'arsenic aux acides arsénique ou arsénieux qui auraient pu se former ; mais j'ai dû renoncer à cette opinion dès que j'ai vu l'acide chromique et le bichromate de potasse, corps essentiellement oxydants, ne pas agir comme l'acide azotique, quoiqu'ils eussent été promptement transformés en oxyde de chrome vert.

Pour qu'il ne restât aucun doute dans mon esprit sur l'absence de l'arsenic dans le zinc qui servait à mes expériences, j'ai fondu six onces (200 grammes) de ce dernier métal dans un creuset ; j'ai ajouté par petites parties une once (32 grammes) de nitrate de potasse, et j'ai ajouté le mélange pendant un quart d'heure. La matière étant refroidie, je l'ai fait bouillir dans l'eau distillée afin de dissoudre l'arséniate de potasse qui aurait dû se former si le zinc eût contenu de l'arsenic ; la liqueur filtrée et évaporée jusqu'à siccité a été décomposée par l'acide sulfurique *pur* et concentrée jusqu'à ce qu'il ne se dégageât plus d'odeur nitrique (V. azotate de potasse) ; puis, placée dans l'appareil de Marsh, il ne s'est pas déposé la plus légère trace d'arsenic sur la capsule de porcelaine, en faisant brûler *lentement* le gaz hydrogène.

2° *Lors même que le zinc renfermait de l'arsenic, il faudrait l'employer dans les expertises médico-légales dont je parle, s'il existait en trop petite proportion pour n'être pas décelé par l'appareil de Marsh.* — On conçoit en effet que ce zinc ne puisse jamais induire l'expert en erreur ; on en introduit, je suppose, une once (32 grammes), dans un flacon avec une livre (500 grammes) d'eau et quatre ou cinq gros (16 à 20 grammes d'acide sulfurique *pur* ; le dégagement de gaz hydrogène a lieu ; on enflamme ce gaz ; la conbustion est lente et malgré cela il ne se dépose aucune tache arsenicale sur la capsule de porcelaine, même au bout de deux heures ; il est évident que l'arsenic, s'il fait partie du zinc, ne peut pas être extrait par ce procédé ; *c'est donc comme s'il n'existait pas*. Que l'on ajoute quelques atomes d'une matière arsenicale au bout de quelques instants on obtiendra des taches sur la capsule, tandis que la même matière, sans arsenic, ne fournira rien, quand même on prolongerait encore l'expérience pendant une heure ou deux. Comment se refuser dès lors à admettre que l'arsenic obtenu *ne provient pas du zinc*, mais bien de la matière ajoutée. Or, j'affirme que les choses se sont toujours passées ainsi dans mes expériences, dont plusieurs ont été faites en présence de MM. Olivier (d'Angers), Devergie et Lesueur. Il s'agit donc tout simplement d'essayer le zinc pendant un certain temps avec de l'eau et de l'acide sulfurique pur, et de voir s'il apparaît quelques taches arsenicales sur la porcelaine ; en cas d'affirmative, et cela ne m'est arrivé que trois fois, on renonce à l'emploi du zinc, et l'on s'en procure d'autre qui ne soit pas dans les mêmes conditions (1).

Je conclurai donc à l'égard du zinc.

A. Que si l'on trouve dans le commerce et même parmi les zincs qui ont été plusieurs fois distillés, des échantillons qui contiennent de l'arsenic, il en est aussi beaucoup qui n'en donnent point dans l'appareil de Marsh.

B. Qu'il faut, dans les expertises médico-lé-

(1) Il arrive quelquefois, en employant du zinc, de l'acide sulfurique *distillé*, privé d'acide nitrique et de l'eau, et en laissant, pendant une minute environ, l'ouverture du tube enflammé en contact avec le même point de l'assiette de porcelaine, que l'on obtient des taches *blanches*, *opaques*, *volatiles* dont je ne connais pas la nature, mais qui ne me paraissent pas arsenicales, parce qu'elles ne se comportent pas avec l'acide nitrique comme l'arsenic. L'expert n'aura pas à s'inquiéter de la production de ces taches : car, pour lui, la tache n'est arsenicale qu'autant qu'elle présente les propriétés que je lui ai assignées dans mon premier mémoire ; il peut être assuré que si la matière qu'il introduira dans l'appareil, après avoir essayé celui-ci, renferme tant soit peu d'arsenic, à ces taches véritablement insignifiantes il en succédera bientôt d'autres qui seront brunes, brillantes et arsenicales. Il se forme aussi quelquefois sur l'assiette de porcelaine des taches de *crasses* brunes, qui semblent formées par une matière organique, et que l'on serait tenté de confondre, au premier abord, avec les taches arsenicales ; mais elles ne sont point brillantes et ne se volatilisent que très-difficilement lorsqu'on les soumet à la flamme du gaz hydrogène. Enfin certaines matières organiques, et notamment les muscles, donnent, après avoir été carbonisés, des taches qui sont blanches et opaques, ou d'un blanc bleuâtre et brillant, ou jaunes et opaques, ou enfin d'un jaune brun et brillant ; toutes ces taches sont volatiles et plusieurs d'entre elles pourraient être confondues avec les taches d'arsenic ; mais elles ne sont pas solubles dans l'acide nitrique à froid, et quand on les a dissoutes dans cet acide, la dissolution ne fournit point d'arséniate d'argent avec le nitrate de cette base.

gales, n'employer que du zinc qui, ayant été essayé pendant quinze ou vingt minutes avec de l'eau et de l'acide sulfurique pur, n'a fourni aucune tache arsenicale, avec une flamme faible ou forte.

C. Que l'on peut reconnaître la présence de l'arsenic dans le zinc en faisant fondre celui-ci et en le traitant par le nitre, comme je l'ai dit plus haut, et qu'il est même possible par ce moyen de le débarrasser de l'arsenic qu'il renferme.

D. Que l'on peut encore séparer l'arsenic contenu dans le zinc, en traitant ce métal par l'acide sulfurique *pur* affaibli, en faisant cristalliser le sulfate, et dissolvant celui-ci dans l'eau, en le soumettant à quatre ou cinq nouvelles cristallisations, puis en précipitant l'oxyde et en le réduisant au moyen du charbon.

Des Chaudières en fonte.

J'ai dit dans mon premier mémoire que s'il était préférable de faire bouillir les membres d'un cadavre suspect dans des capsules de porcelaine, il n'y avait néanmoins aucun inconvénient à substituer à ces vases une chaudière en fonte neuve, et qu'il serait même nécessaire d'y recourir dans les localités où l'on ne pourrait pas se procurer des capsules de porcelaine d'une grande dimension. J'ai étayé cette assertion de quelques preuves auxquelles je viens en ajouter d'autres.

1° J'ai fait bouillir dans le courant de février, de mars et d'avril derniers, dans trois grandes chaudières de fonte neuve, les quatre membres de trois cadavres appartenant à des individus qui n'avaient jamais pris de préparations arsenicales, et qupique l'ébullition ait été vive et se soit prolongée pendant six heures, les *décoctions évaporées dans les mêmes chaudières*, presque jusqu'à siccité, n'ont fourni aucune trace d'arsenic lorsqu'on les a traitées par le procédé que j'ai décrit, ou par celui que je ferai connaître dans mon prochain mémoire. Toutefois j'avais eu soin d'entretenir constamment à l'état neutre, à l'aide de la potasse à l'alcool, la liqueur en ébullition.

2° MM. le docteur Merland et Pertuzé, pharmacien à Bourbon-Vendée, firent bouillir pendant six heures, dans une chaudière de fonte neuve de la capacité de vingt-cinq litres, les deux membres abdominaux du cadavre d'un homme de trentre-cinq ans, mort phthisique. Pendant tout le temps de l'ébullition, le liquide que l'on avait renouvelé au fur et à mesure qu'il s'évaporait, avait été maintenu neutre au moyen de petits fragments de potasse à l'alcool. La décoction évaporée presque jusqu'à siccité, analysée par M. Lesueur et moi, n'a fourni aucune trace de ce métal.

La chaudière ayant été lavée à la fin de cette opération, on y fit bouillir, le lendemain, toutes les parties d'un cadavre enterré depuis le mois d'août 1838, et que l'on croyait appartenir à un individu qui serait mort empoisonné par une préparation arsenicale. La décoction préparée avec le même soin et rapprochée, nous ayant été adressée, nous nous sommes assurés, M. Lesueur et moi, en la traitant moitié par le nitre, moitié par l'acide nitrique, qu'elle ne renfermait aucune trace d'arsenic.

3° J'ai fait bouillir pendant six heures, dans une chaudière de fonte, quinze litres d'eau contenant cent huit grains d'acide sulfurique pur, et j'ai eu soin de renouveler l'eau toutes les demi-heures, afin de remplacer celle qui s'était évaporée. La liqueur était pour le moins aussi acide que le sont ordinairement les décoctions préparées avec les quatre membres d'un cadavre normal. J'ai fait évaporer, dans des capsules de porcelaine, le liquide provenant de cette ébullition jusqu'à ce qu'il fût réduit à quatre onces, et je l'ai placé dans l'appareil de Marsh après l'avoir filtré. Ce liquide de couleur jaunâtre contenait une proportion notable de sulfure de fer; il n'a point fourni d'arsenic, quoiqu'il ait été essayé pendant trois quarts d'heure et que la flamme fût bonne; la matière restée sur le filtre, de couleur rouge, assez abondante, ressemblait au sesquioxyde de fer anhydre; elle était évidemment le résultat de l'action de l'eau acidulée sur la chaudière; cette matière traitée dans une capsule de porcelaine par l'acide sulfurique distillé, étendu de son volume d'eau et bouillante, a perdu sa couleur, s'est dissoute en grande partie et n'a laissé qu'une faible proportion d'une poudre blanche; le liquide et la partie indissoute introduits dans l'appareil de Marsh, n'ont fourni aucune trace d'arsenic même au bout de deux heures; la flamme était excellente.

Ces expériences démontrent jusqu'à l'évidence que l'on n'aura jamais à craindre que les chaudières en fonte neuve cèdent une partie de l'arsenic qu'elles pourraient contenir, aux décoctions des matières animales que l'on préparerait avec elle, après avoir saturé l'acide de ces décoctions avec de la potasse à l'alcool. On doit encore admettre que l'on pourra se servir plusieurs fois d'une même chaudière, si les cadavres que l'on a fait bouillir dans ce vase n'ont point fourni d'arsenic: il suffira tout simplement de la laver avec de l'eau et de la potasse d'abord, puis de la décaper avec de l'acide sulfurique faible, et de la laver de nouveau.

Capsules de porcelaine.—Creusets de Hesse.— Flacons et tubes en verre. — Bouchons. — Verres à expérience et Entonnoirs.

Aucune de ces matières ne donne de l'arsenic quand on les emploie aux recherches dont nous nous occupons. La preuve de cette assertion résulte de plus de trois cents opérations dans lesquelles ces dernières ont été mises en usage sans que l'on ait obtenu la moindre trace de ce métal, quand la substance que l'on examinait n'était point arsenicale. Mais il importe de noter qu'il ne faut pas se servir plus d'une fois des creusets de Hesse, dans lesquels on a fait brûler des matières organiques; quant aux capsules de porcelaine

et aux instruments en verre, il faut savoir qu'ils doivent être parfaitement lavés avec une eau alcaline, puis récurés avec du sable et lavés de nouveau à grande eau, si l'on veut être certain qu'ils ne retiennent plus quelques atomes de la préparation arsenicale que l'on y aurait préalablement introduite.

A l'occasion des tubes de verre qui donnent passage au gaz hydrogène, je dirai qu'ils doivent être terminés par une ouverture petite ou bien arrondie, afin que la flamme soit faible, oblongue et pointue ; si l'ouverture de ces tubes était trop large ou irrégulière, la flamme serait trop forte et il se pourrait bien alors qu'une matière arsenicale ne déposât pas son arsenic sur la capsule; il est vrai que dans quelques-un de ces cas, on parvient à condenser l'arsenic en plaçant obliquement la porcelaine et dans une certaine situation au lieu de la tenir droite en face de la flamme.

ORFILA,

Doyen et professeur de la Faculté de médecine à Paris.

Métrorrhagie pendant la grossesse et emploi de l'ergot de seigle.

Madame G...., de Paris, âgée de vingt-huit ans, forte, vigoureuse, bien constituée, ayant déjà eu quatre grossesses heureuses, et étant enceinte de sept mois et demi, descend à sa cave, le 6 mars 1839, pour mettre une pièce de vin en bouteilles, et, pour ce faire, reste très-longtemps le ventre comprimé par la poitrine et les cuisses. En se réveillant le 7 mars au matin, elle se sent mouillée à l'endroit du siége, et très-effrayée en reconnaissant que ses draps sont fortement tachés de sang, elle me fait mander. Je lui prescris le repos au lit, la tête basse et le bassin élevé, et un régime approprié à son état. Le 10, l'hémorrhagie, qui pendant ces trois jours a été fort légère, a cessé. Elle reparaît le 12, et comme elle s'accompagne de dureté et de plénitude du pouls, je pratique une saignée de dix onces ; le toucher ne me fournit d'ailleurs rien d'anormal. Suppression du flux sanguin pendant cinq jours. Le lit est constamment gardé. Suintement léger le 18. Application de ventouses sèches sous les mamelles, et nouvelle cessation de l'écoulement sanguin jusqu'au 25 au matin, où l'hémorrhagie reparaissant avec abondance, on me fait prévenir *vers huit heures et demie ;* mais, absent de chez moi, des circonstances toutes fortuites m'empêchent de pouvoir me rendre chez madame G.... *avant onze heures un quart.* Alors la perte qui se continue a été considérable, et le lit dans lequel cette dame était primitivement couchée, et celui sur lequel elle a été transportée, sont couverts et traversés de sang. La face est très-pâle, les lèvres décolorées ; la malade éprouve des bâillements et des tintements d'oreilles ; le pouls ne peut être perçu aux radiales, le cœur bat à peine, aucune douleur, aucune contraction utérine n'ont lieu, et un flot de sang s'échappe de la vulve lors du toucher, qui me donne les renseignements suivants : la tête du fœtus est au détroit supérieur, dont elle n'a pas franchi le cercle ; l'orifice utérin est à peine entr'ouvert, ses lèvres sont très-épaisses et deviennent dès lors un obstacle à leur dilatation, que j'essaie vainement en suivant le système de Puzos, et dans cette manœuvre je sens une partie du placenta qui couvre l'orifice. L'emploi du tampon me semble contre-indiqué, par l'énorme quantité de sang perdu, par son écoulement incessant, par son défaut de plasticité, enfin par l'absence de toute contraction utérine, et compter, que le sang, en s'accumulant derrière le tampon, finira par s'y coaguler et former un caillot obturateur des vaisseaux ouverts que ce caillot ou cet amas de sang à l'état fluide parviendra à amollir et dilater assez l'orifice utérin pour permettre l'introduction de la main ; compter, dis-je, sur ce moyen et sur ces résultats, dans l'état effrayant de faiblesse où se trouve madame G...., me semble si peu rationnel, que je chasse aussitôt l'idée que j'en avais eue, et dans cette position critique, n'osant réclamer et attendre alors, trop longtemps peut-être, l'arrivée d'un nouveau consultant, je prescris la potion suivante : ergot de seigle, ℥j. (4 grammes), sirop d'althéa ℥j., (32 grammes) eau distillée ℥iij., (100 grammes) huile essentielle de menthe goutte j. La moitié de cette potion est donnée à onze heures trente-cinq minutes ; douze minutes après, de légères douleurs ont lieu et se succèdent de dix en dix minutes. L'hémorrhagie cesse avec la première douleur pour ne plus reparaître, la dilatation de l'orifice utérin, s'opère quoique lentement ; j'écarte avec le doigt la portion placentaire qui le recouvre et je parviens à percer les membranes. Aussitôt après l'écoulement des eaux, les contractions utérines deviennent et plus vives et plus rapprochées ; la face, jusqu'alors très-pâle, se colore légèrement, les mouvements du cœur deviennent et plus prompts et plus étendus ; le pouls, quoique très-petit, peut être senti aux radiales. La malade fait valoir ses douleurs. Enfin l'accouchement se termine à deux heures vingt minutes ; les contractions utérines se continuent pour l'expulsion du placenta qui a lieu quelque minutes après, il était détaché dans le tiers de sa surface ; aussitôt sa sortie, la matrice revient énergiquement sur elle-même, et un très-léger suintement sanguin a lieu. L'enfant très-fort, mais paraissant exsangue, ne put être rappelé à la vie, malgré les bains vineux et alcoolisés, les frictions, l'insufflation pulmonaire, etc. A trois heures et demie, l'accouchée ne se plaint plus que d'une douleur assez vive dans les seins ; la circulation quoique faible, peut être aisément perçue aux extrémités. Je recommande le plus grand repos de corps et d'esprit, défends toute espèce de déplacement pendant au moins deux heures, et rassuré, par la présence *du globe utérin*, contre toute récidive de la métrorrhagie, soit interne, soit externe, je la quitte, heureux du résultat obtenu, et comptant la revoir dans quelques heures. A quatre heures, M. le docteur Collineau, médecin de l'état civil, requis pour constater le décès de l'enfant, voit madame G..... et s'informe à elle-même de

son état, qui paraît satisfaisant; mais immédiatement après son départ elle se plaint d'anxiété et de douleurs dans les seins et dans le ventre, se dit fort mal, fait alors une prière pour sa famille, est prise d'une convulsion légère des muscles de la face et de la mâchoire et perd connaissance. Rappelé en toute hâte à quatre heures et demie, je trouve près d'elle, un confrère qui a essayé de réveiller la vitalité par des frictions, des sinapismes, etc.; mais toutes ces tentatives, continuées pendant deux heures, furent infructueuses, la vie avait cessé. La matrice était restée dans l'état de contraction où je l'avais laissée, et aucune perte sanguine extérieure n'avait eu lieu depuis.

En publiant cette observation, je n'ai pas eu l'intention d'augmenter le nombre de ces faits malheureusement trop connus des praticiens et qu'on trouve rapportés dans tous les traités d'accouchements, ni d'établir de raisonnement théorique sur la cause de la mort, qui, selon mon opinion, corroborée de celle de mes honorables collègues du cercle médical à qui je l'ai soumise, ne peut rationnellement être attribuée qu'à l'anémie; mais bien de rappeler l'effet héroïque d'une substance à laquelle il n'a manqué jusqu'ici ni apologistes, ni détracteurs, et à qui de célèbres accoucheurs ont pu même refuser toute espèce d'action. En l'employant dans le cas précité, mon but avait été d'obtenir un effet hémostatique dont l'expérience m'avait garanti l'exacte promptitude. Quant à son action obstétricale, l'absence de tout travail de parturition et le défaut de dilatation de l'orifice utérin me permettaient moins d'y compter; j'ai cependant obtenu à la fois et la cessation instantanée de la métrorrhagie et l'accouchement dont la marche a été assez prompte. Aussi n'ayant trouvé, ni dans l'excellente monographie de M. Villeneuve, qui résume tout ce qui a été dit et écrit sur l'ergot de seigle jusqu'en 1827, ni dans les mille cinquante et un cas rapportés par M. Bayle (*Bibliothèque de Thérapeutique*, t. III), ni enfin dans les nombreuses observations qui ont trait à cette substance n'ayant trouvé, dis-je, aucun fait qui m'ait paru plus concluant que celui-ci, et qui caractérise mieux la double action de l'ergot, j'ai cru servir la science en le faisant connaître, et tout me porte à penser que, par son emploi, l'issue de l'accouchement prématuré de madame G..... eût été favorable, au moins pour la mère, si j'avais été assez heureux pour arriver près d'elle, avant qu'elle ne fût épuisée par cette terrible hémorrhagie, dont les suites fatales étaient au-dessus des secours et des ressources de l'art.

A. Henry de Saint-Arnoult, D.-M.-P.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Qu'est-ce que l'inflammation? Qu'est-ce que la fièvre? par Robert Latour.

M. Robert Latour déclare que toutes les doctrines ont été jusqu'à ce jour insuffisantes pour expliquer divers problèmes de la science; que les théories n'ont pas été franches, et que loin de conduire à des inductions philosophiques, elles ont jeté la confusion dans le domaine de la médecine. Nous ne démentirons pas M. Latour; seulement, nous oserons lui demander si à son tour, il a la prétention de faire école, lui qui vient de secouer la poussière des vieilles doctrines, et d'en exhumer une de ces mille théories qu'on enfante dans les rêves d'un premier essor, au sortir des bancs scolastiques. C'est alors qu'on veut les imposer avec instance, et que sans titres acquis par l'expérience et l'observation, sans guide et sans gouvernail, on se lance à plein vent dans les champs de la réforme, les yeux fixés sur l'auréole de Sydenham ou de Broussais. D'où nous vient cette présomption, cette tendance à vouloir créer des idées neuves? (et nous ne remuons le plus souvent, il faut le dire, que de vieilles idées, trop heureux lorsque nous parvenons à les rajeunir).

Nos prétentions sont-elles légitimes? Pourquoi faire mûrir nos facultés avant le temps; ainsi que des fruits en serre chaude? Cette émancipation intellectuelle, trop hâtive, pourra bien ne faire surgir que des avortons, des pygmées qui rendront encore plus incertain l'avenir des sciences, de la littérature et des arts. Ceux même qui avaient en partage les plus belles richesses organiques, les ressorts d'une imagination puissante, ont cédé à l'impulsion commune, et ont ainsi affaibli ce qu'ils avaient reçu par privilége.

Sans doute, il sera curieux, dans vingt ans, d'apprécier quelle aura été l'influence exercée par cette précocité morale; mais nous revenons au sujet, et nous prions M. R. Latour de ne voir dans cette digression aucune application défavorable à son travail, qui nous a paru à certains égards le fruit d'une conviction intime, et le résultat de recherches savantes, qui pourront éclairer l'étiologie obscure de l'inflammation et de la fièvre.

Si la forme de l'ouvrage a pu nous déplaire c'est qu'il nous a semblé qu'elle était trop ambitieuse; c'est que l'auteur à l'air de se poser en victime, de s'offrir en holocauste à la science. « Ma tâche est accomplie, dit M. R. Latour, en terminant sa brochure; je me demande maintenant quel accueil est réservé à mon livre. J'ai combattu l'école physiologique, et j'en serai repoussé; je me suis élevé contre l'éclectisme, et l'éclectisme me réprouvera; j'ai condamné le scepticisme contre l'empirisme, et je ne dissimule rien du dédain que j'ai à en attendre. Mon œuvre, ajoute-t-il, ne s'adresse qu'aux médecins philosophes, peu nombreux aujourd'hui, qui libres de toute secte, osent prononcer tout haut le mot *théorie*, devenu la terreur des savants de notre époque; qui comprennent que la théorie n'est autre chose que le rapport des faits entre eux, les conséquences qu'on en doit tirer, ces conséquences elles-mêmes érigées en

principes ; en un mot, que la théorie c'est la science. »

M. R. Latour a divisé son travail en deux parties ; il a étudié dans la première le mécanisme de la calorification. Pour lui, l'inflammation n'est autre chose que l'exagération locale de cette fonction, qui elle-même dépend de l'appareil nerveux ganglionnaire ; et c'est sous l'influence de cette calorification que s'opère la circulation capillaire. Cette doctrine, dit l'auteur, que sanctionnent à la fois l'anatomie comparée et les faits pathologiques, lève dans la science de grandes difficultés ; elle assigne au système nerveux ganglionnaire ses véritables fonctions, dont la recherche a été jusqu'à ce jour infructueuse ; elle complète la théorie de la calorification, en rendant compte des variations de la température animale, qui ne peuvent être rapportées à la respiration ; enfin, elle fait connaître quelle espèce de concours prête au cœur le système capillaire pour la progression du sang dans les veines ; puis il ajoute : » Le secret de la circulation surpris, le mécanisme de l'inflammation n'est plus un mystère : c'est dans le système ganglionnaire qu'il faut en placer le point de départ ; c'est dans l'excès de la calorification qu'il faut en reconnaître et le principe et l'essence. »

Toutes les autres questions sont aussi facilement tranchées par M. Latour. Le problème de la création ne lui coûterait pas plus à démontrer.

Laissons encore l'auteur de cette brochure nous expliquer les phénomènes essentiels de l'inflammation :

Exaltation de la calorification, par suite d'une lésion des nerfs ganglionnaires, d'où sa chaleur ; dilatation du sang par excès de calorique, et augmentation du calibre des vaisseaux capillaires, d'où la rougeur et la tuméfaction : enfin, distension des nerfs sensitifs, par l'effet de l'engorgement, d'où la douleur : tels sont les caractères de l'inflammation dans l'ordre de leur développement.

Passons à la seconde partie : Du mécanisme de la fièvre. « Cet état morbide, n'est que l'exagération générale de la calorification. » Telle est la définition de M. R. Latour. Broussais, dans son examen des doctrines, l'avait ainsi définie : la fièvre n'est jamais que le résultat de l'irritation du cœur, primitive ou sympathique. » M. le professeur Bouillaud, à son tour, rattachant à la circulation sanguine, tous les phénomènes de l'inflammation, établit que la fièvre n'est autre chose que l'inflammation ou la simple irritation de l'appareil circulatoire ; qu'elle est à cet apppareil en général, ce qu'est une phlegmasie locale aux capillaires sanguins de l'organe qui en est le théâtre.

Nous ne mentionnerons pas toutes les preuves que M. R. Latour cherche à donner, pour démontrer la valeur de sa définition ; nous nous bornerons à dire en achevant cette analyse, que l'auteur de cette brochure pouvait assurément mieux employer son remarquable talent de discussion ; et qu'il est à regretter pour la sienne, qu'un esprit systématique aussi distingué, n'ait pas mis son style plein d'élégance et de chaleur au service de théories mieux demontrées. R.

Essai sur quelques poin s de physiologie et de pathologie de la moelle épinière, considérée dans ses rapports avec l'organisme, par Henri Gérard.

L'auteur a eu pour but dans ce mémoire de montrer l'influence de la moelle épinière sur les principales fonctions organiques, de constater les troubles fonctionnels qui résultent de la lésion de ce cordon nerveux, puis les phénomènes morbides étant appréciés, de chercher à les combattre ; persuadé de cette idée que le système spinal est le point de départ de plusieurs affections générales ou locales qui ne doivent pas toujours être rebelles aux moyens de l'art.

Après avoir fait sommairement une description anatomique de la moelle épinière, M. Girard donne le résumé des opinions de tous les anatomistes modernes sur l'organisation de cette partie du système nerveux, puis il passe à l'étude de ces fonctions ; et s'appuyant des expériences de Ch. Bell et Magendie et de celles de plusieurs autres physiologistes, il vient à conclure : 1° que la moelle transmet le sentiment et le mouvement par ses faces antérieure et postérieure ; 2° que ces deux facultés résident dans cet organe, et non dans les racines des nerfs rachidiens.

La moelle épinière exerce-t-elle une action sur les fonctions organiques ? cela est incontestable ; son action sur les organes est manifeste, mais on ne peut encore, dans l'état actuel de la science, bien préciser les diverses espèces de relations qui existent entre la moelle et les viscères. Les résultats obtenus par les expérimentations sont trop variés pour que nous puissions tirer quelques conclusions satisfaisantes. Et puis, nous le pensons avec M. Girard, les physiologistes sont souvent guidés dans leurs recherches plutôt par des idées préconçues que par une observation rigoureuse des faits ; il faut reconnaître aussi combien il faut d'habitude dans ce genre d'étude rendu si difficile par toutes les circonstances dont il faut tenir compte, pour apprécier exactement les conséquences immédiates des lésions faites sur les animaux vivants. L'anxiété de l'animal ; les efforts qu'il fait pour se débarrasser, les convulsions qui l'agitent, l'état de sa respiration et sa vitalité sont autant de raisons suffisantes pour expliquer le vague des vivisections et les contradictions qu'elles font naître.

Tous ces phénomènes naturels qui résultent forcément de ces vivisections, ne sont pas d'une importance aussi secondaire que le pensent la plupart des physiologistes modernes.

Examinons avec M. Girard, l'action de la moelle épinière dans chacun des organes de la vie assimilatrice.

Relativement à l'influence de la moelle sur le cœur, il groupe en trois classes toutes les opinions des physiologistes sur les sources de ses contractions. Les uns pensent avec Haller que le cœur jouit en propre de l'irritabilité ; les autres, avec Legallois, croient que cette irritabilité dérive du cordon rachidien ; d'autres enfin, avec Bichat, en placent la cause dans les ganglions. M. Girard, après avoir pesé ces hypothèses, admet que la moelle exerce une influence notable sur cet organe; que le cerveau agit sur lui par l'intermédiaire de la huitième paire, et qu'enfin les ganglions sont aussi des agents de cette fonction. Ainsi, nous le voyons, il a concilié les opinions les plus généralement admises sur cette partie importante de la physiologie.

L'influence de la moelle sur la circulation partielle, est démontrée suivant M. Girard, par les expériences de Baumgaertner, qui prouvent qu'après la ligature de l'artère principale d'un membre, la circulation continue par les anastomoses, mais qu'elle cesse et ne se rétablit pas si on lie le nerf principal; par celle de Cooper, qui établissent que la circulation partielle a une activité proportionée à celle des organes et que dans le cerveau des idiots, par exemple, les battements sont faibles, tandis qu'ils sont d'autant plus forts que le cerveau est plus actif. Il en est de même pour le cerveau de l'embryon ; ce n'est que lorsqu'il est devenu le centre de la vie sensitive et intellectuelle, qu'il attire plus de sang.

Quant à l'influence de la moelle sur les poumons, l'auteur rappelle les expériences nombreuses faites sur la huitième paire, et il admet que l'axe cérébro-spinal agit sur l'appareil respiratoire par ce nerf, par les filets des nerfs vertébraux qui se mêlent aux ganglions, et par les nerfs thoraciques agents des contractions des muscles pectoraux.

C'est encore par l'intermédiaire du nerf pneumo-gastrique qu'il explique l'influence de la moelle sur l'estomac ; il rappelle les expériences de MM. Blainville, Dupuy, Brachet, Arnmann, Burdach, et il conclut que la moelle agit sur la fibre musculaire de l'estomac, sur la sensibilité, sur la vitalité, conséquemment sur la circulation et sur la sécrétion, etc., etc.

Relativement au foie, M. Girard pense que la moelle agit : 1° sur la sensibilité ; 2° sur la sécrétion de la bile; 3° sur la contractilité des vaisseaux et canaux hépatiques, Le pneumogastrique, est selon lui, le nerf par lequel cette influence est transmise. C'e t encore par ce nerf et par les nerfs rachidiens et ganglionnaires que les reins exécuteraient leur sécrétion.

Enfin il établit l'influence de la moelle sur la peau par l'état de flaccidité et de sécheresse de celle des membres paralysés, par la sueur, le froid, la chaleur, la contraction qui ont lieu dans cette membrane sous l'influence de certaines impressions.

De tous ce faits M. Girard conclut, savoir : que les ganglions exercent une influence sur la nutrition et sur les sécrétions; mais que, pour les animaux supérieurs, ils ne suffisent plus et qu'il faut admettre que la moelle vient alors s'adjoindre à eux pour renforcer leur action.

La seconde partie du travail se compose de dix observations fort intéressantes ; et les recherches d'anatomie pathologique servent encore à l'auteur pour démontrer l'influence de la moelle sur quelques lésions organiques.

Enfin, profitant des données fournies par la physiologie et confirmées par la pathologie, M. Girard s'autorise à établir les deux propositions suivantes :

1° La moelle a une action sur les viscères ;

2° L'appréciation exacte de son état rend souvent compte de leur trouble fonctionnel.

Il suit de là, d'après M. Girard, qu'en combattant par des moyens appropriés, indiqués par l'expérience, la modification de vitalité du système nerveux spinal, on fait disparaître ces états morbides si voilés qui excitent au dernier degré la sollicitude du praticien dont le but unique est de guérir.

Nous croyons aussi volontiers à l'action du pouvoir médical sur le système nerveux, et nous pensons que l'auteur de ce mémoire pourra revendiquer sa part de reconnaissance, lorsque la science aura doté l'humanité de résultats plus immédiats. R.

De la spécificité dans les maladies, thèse soutenue au concours pour l'agrégation, dans la Faculté de Montpellier, par G. Dupré.

Que faut-il entendre par ce mot *spécificité ?* Reconnaissons-nous maintenant des affections spécifiques? Les anciens ne se servaient de ces mots que dans le langage thérapeutique, pour désigner l'action particulière de certains remèdes auxquels ils avaient reconnu des qualités singulières et directement opposées à quelques états morbides qu'ils avaient la faculté de détruire par une action directe, et par leur seule présence dans le système. Ce n'est qu'au seizième siècle, que Paracelse fit passer ces expressions dans la pathologie : il désigne sous le nom de *maladies spécifiques*, toutes celles qui peuvent être attribuées à un germe particulier qui se trouve dans le corps vivant.

Cette expression pathologique que Paracelse avait créée, n'eut pas de retentissement; peu de médecins la connurent ou du moins l'adoptèrent ; elle ne tarda donc pas à tomber en désuétude, et le mot spécifique ne fut plus employé que dans la signification primitive, restreinte et ne s'appliqua qu'aux remèdes connus dans l'antiquité. Il conserva jusqu'à Barthez son acception thérapeutique ; et cependant on ne signala pas encore son véritable sens pathologique. Vint l'école de Broussais, dit M. Dupré, qui jeta sur le mot spécifique une réprobation presque générale. Hebermann et Rosori semblent avoir compris seuls avec jus-

tesse ce qu'il faut entendre par affections et remè des spécifiques.

La doctrine tout entière de ces deux médecins, ajoute l'auteur de cette thèse, semble fondée sur ce qu'il y a dans l'économie vivante des dispositions particulières spéciales qui sont directement attaquables et peuvent être directement détruites par l'action de certains remèdes, action qui n'est constatée que d'une manière empirique, c'est-à-dire sans que l'observation puisse apercevoir de relation entre l'effet thérapeutique et le résultat obtenu.

M. Dupré regarde comme possible d'établir sur des bases positives la doctrine de la spécifité et des maladies spécifiques Il divise son travail en quatre chapitres; le premier a pour sujet la spécificité des maladies considérées d'une manière générale, la distinction des affections spécifiques d'avec celles qui ne le sont pas, et la notion précise de cet état particulier du système vivant. Dans le second chapitre il s'occupe des maladies spécifiques, de leur division et de leurs caractères. Le troisième comprend la pathogénie de ces affections, leurs modes de développement et leur marche. Enfin, dans le quatrième et dernier chapitre, il est question du traitement des maladies spécifiques.

Tel est l'ordre que l'auteur suit dans son travail, et il s'efforce de résoudre en chemin les principales questions relatives à cette partie obscure de la pathologie. D'abord disons ce que M. Dupré entend par spécificité et par affections spécifiques.

La spécificité est suivant lui un état particulier et pervers du système des forces de la vie, engendré sans but d'utilité par l'agrégat vivant.

Les affections spécificiques sont celles dont cette perversion de la cause active constitue l'essence.

La plupart des auteurs, dit-il, ont confondu l'état épidémique avec l'état de spécificité.

Après avoir admis l'existence des affections spécifiques, M. Dupré suit un système de classement et de distinction que nous ne voulons pas adopter et qui ne nous paraît pas établi sur des bases solides. Selon lui, la pathologie tout entière pourrait être divisée en deux grandes classes; la première comprendrait les affections qu'il nomme *fonctionnelles*, celles qui ont toujours pour but la conservation du système vivant : la seconde renfermerait au contraire toutes celles qui sont vicieuses et dont plusieurs même font opposition directe avec les lois conservatrices de ce même système, il les appelle affections *spécifiques*: ces dernières peuvent être divisées en aiguës et en chroniques; les unes fébriles, les autres apyrétiques. Les affections spécifiques fébriles sont ou continues ou intermittentes ou éruptives. Parmi les fièvres continues, il faut placer le typhus, la fièvre jaune, et un grand nombre de maladies épidémiques.

Dans la classe des affections pyrétiques, dit M. Dupré, il est un genre de fièvres dont les caractères de spécificité sont des plus manifestes: ce sont les fièvres éruptives. Dans ce genre se trouvent la peste, la petite vérole, la vaccine, la rougeole, la scarlatine, etc., etc. Le rhumatisme est aussi, selon l'auteur, une maladie spécifique; il en est de même de l'affection goutteuse.

Quelle sera la thérapeutique des affections spécifiques? M. Dupré nous montre avec raison que dans ces affections l'emploi des remèdes spécifiques a besoin de discernement. Il convient de réfléchir sur le pronostic de la maladie et de rester souvent dans l'expectation. Comme les remèdes spécifiques sont toujours des moyens d'une certaine vigueur, ils exigent tous de la prudence, car s'ils ne sont pas utiles ils ne tarderont pas à être nuisibles; jamais ils ne sont indifférents. Ainsi donc il est urgent pour le praticien d'en surveiller les effets avec soin. Aujourd'hui que la thérapeutique prend un essor nouveau, nous sommes intéressés plus que jamais à étudier scrupuleusement l'action des remèdes spécifiques.

Nous bornons là notre analyse et nous félicitons M. Dupré d'avoir éclairci une grave question; seulement nous aurions souhaité qu'il s'aventurât un peu moins dans des voies systématiques. R.

Mémoire en réponse à cette question : Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites sont-elles susceptibles d'une guérison radicale ? par R. Pasquier.

La Société royale de Médecine de Toulouse avait proposé cette question : Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites, sont-elles susceptibles d'une guérison radicale? dans l'affirmative, quels sont les meilleurs procédés pour obtenir cette guérison?

Parmi les mémoires qui ont concouru, aucun n'a reçu le prix, trois de ces mémoires ont cependant été distingués; dans ce nombre celui-ci, que nous allons rapidement analyser, a obtenu la première mention honorable. Chaque jour voit éclore une nouvelle méthode pour la guérison des hernies, et nous avons encore à déplorer l'insuffisance des moyens proposés. Le charlatanisme surtout s'est emparé de cette partie de la chirurgie, et a dû retarder l'emploi de méthodes plus sages dont l'expérience aurait pu constater l'efficacité, car, il faut le dire, cette question de la cure des hernies est toute pratique; et nous devons avouer avec peine, que jusqu'à présent aucune des méthodes curatives n'a été sanctionnée à bon droit par l'expérience, l'observation et le temps; plusieurs ont été proposées et employées avec des apparences de succès, contre les hernies réductibles, mais aucune n'a eu des succès assez durables et assez constants pour mériter une confiance entière.

Rien ne semble plus facile au premier abord, dit l'auteur, que d'imaginer le moyen de guérir une hernie réductible. Maintenir la hernie réduite, et obtenir par une inflammation adhésive, le rapprochement des parois de l'anneau ou bien le développement d'un tissu obturateur quelconque.

Les principaux moyens opératoires peuvent être divisés en deux classes, savoir : 1° les sutures, excisions et cautérisations, pratiquées dans le but d'obtenir une inflammation adhésive, ou l'oblitération de l'ouverture qui donne passage à la hernie ;

2° Topiques irritants ou astringents, aidés ou non de la compression, mis en usage pour obtenir le même résultat.

Les anciennes méthodes telles que la castration, la suture royale, le point doré, doivent être rejetées aujourd'hui comme dangereuses ; la péritonite étant bien plus fréquente dans tous ces cas, suivant J. L. Petit, qu'après l'opération de la hernie étranglée. Les trois procédés de MM. Belmas, Gerdy et Bonnet doivent mériter une attention plus sérieuse.

Celui de M. Belmas serait le plus certain, car il oblitère complétement le canal ; mais il est compliqué et il expose plus que les autres à la péritonite. Celui de M. Gerdy est fort simple, mais il ne bouche pas le quart du canal, et ne fait que transformer une hernie inguinale en une hernie interstitielle, etc. Celui de M. Bonnet, plus simple encore, consiste à employer le même procédé que ce praticien avait déjà appliqué au traitement des veines variqueuses. M. Mathias Mayor, de Lausanne, a modifié avec avantage la méthode de M. Bonnet; il a fait la suture avec un fil ciré au lieu de la faire avec des épingles ; puis il a pratiqué cette suture dans le sens longitudinal du sac, comme on faisait autrefois par la suture royale, au lieu de le faire transversalement. M. Mayor pense que le chirurgien de Lyon ne doit pas pouvoir comprendre dans sa ligature le sac herniaire, mais seulement les téguments et le tissu cellulaire.

Si nous passons aux autres moyens opératoires employés pour la guérison des hernies, nous voyons leur insuffisance et le peu de succès des divers agents thérapeutiques. Les topiques irritants et astringents, aidés ou non de la compression, ont été remis en vogue et soumis à de nouvelles expériences. L'auteur de ce mémoire insiste seulement sur les procédés de MM. Baumont et Malgaigne. Nous allons citer les conclusions de ce dernier chirurgien sur les appareils contentifs, et c'est de son manuel de médecine opératoire, que nous les extrayons. Ainsi, un examen approfondi de ce sujet à fait voir a M. Malgaigne :

1. Que les trois quarts des hernies sont mal contenues par quelque bandage que ce soit, appliquée à la manière ordinaire ;

2. Qu'en thèse générale, le ressort anglais est de beaucoup préférable au ressort ancien ;

3. Que les pelotes mobiles, dans le plus grand nombre des cas, ont des avantages réels sur les pelotes fixes ;

4. Que dans la hernie inguinale oblique, la pelote doit appuyer sur le trajet du canal et sur l'orifice interne, sans toucher le pubis ;

5. Que dans les hernies directes la pelote doit être volumineuse, fixe, et appuyer sur le pubis ;

6. Que les pelotes dures conviennent mieux pour comprimer le canal, les pelotes molles pour les hernies directes ;

7. Qu'il est urgent que les chirurgiens fixent d'une manière spéciale leur attention sur cette branche très-importante de l'art, trop longtemps abandonnée aux bandagistes.

Ainsi, nous le voyons d'après les conclusions de M. Malgaigne, les bandages qui ont subi depuis peu d'importantes améliorations, quoique simples palliatifs, peuvent être considérés comme le secours le plus rationnel que l'on puisse proposer aux malades qui sont atteints de hernies inguinales et crurales, susceptibles de réduction. Ce secours, M. Pasquier le regarde aussi comme devant présenter le moins d'inconvénients. R.

JOURNAUX FRANÇAIS.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Recherches cliniques sur l'action de l'acide hydrocyanique et des préparations du cyanogène dans diverses maladies par M. Max. Simon.

Le *bulletin de thérapeutique* du mois de septembre renferme un assez grand nombre d'articles, ou plutôt de *notes* qui nous ont paru présenter quelque intérêt, et dont nous allons faire une analyse rapide ou détaillée suivant leur importance.

Dans cet article, M. Max. Simon s'est proposé de faire connaître le résultat des recherches cliniques, que vient de faire M. le professeur Andral, dans la vue de vérifier par lui-même les expériences déjà nombreuses, et si contradictoires sur les effets de l'acide hydrocyanique. L'acide prussique, dit M. Max. Simon, est considéré par les uns comme un médicament héroïque, et par les autres comme un agent de nulle valeur thérapeutique ; c'est-à-dire, en d'autres termes, que la valeur de ce moyen énergique n'est point encore scientifiquement déterminée, et que l'intérêt de la thérapeutique appelle sur ce point de nouvelles comme de plus concluantes expériences.

Nous sommes ici de l'avis de M. Max. Simon ; mais, pour ce qui est du bannissement complet de ce médicament, ainsi que ce praticien paraît le proposer, nous pensons qu'il peut encore être de quelque efficacité dans la thérapeutique, et que l'expérience et l'observation n'ont pas démontré sa nocuité d'une manière évidente.

On jettera sans doute au devant de notre assertion, ainsi que l'a fait M. Simon, les accidents arrivés à Bicêtre en 1831, les tentatives faites par nous-même dans quelques cas désespérés; mais notre conscience ne peut en recevoir aucune atteinte, car tout le monde a su les circonstances qui avaient présidé à l'insuccès de ces observations isolées.

L'acide prussique a été administré tour à tour contre diverses maladies du système nerveux,

telles que l'épilepsie, le tétanos; contre les maladies organiques du cœur et la phthisie pulmonaire; contre la dégénérescence cancéreuse de divers organes, etc.; et M. Max. Simon, en étudiant l'action physiologique de cet acide, a vu dans presque tous les cas, se développer les accidents les plus graves à la suite de l'ingestion de ce médicament dans l'estomac. Toutefois il cite l'observation de M. Coullon, lequel est arrivé graduellement à prendre jusqu'à quatre-vingt-six gouttes d'acide prussique étendu d'eau. A cette dose énorme, il n'éprouva qu'une légère céphalalgie, un peu d'excitation du pouls, quelques nausées. M. Max, Simon s'empresse de nous donner comme fabuleuses les expériences de M. Coullon sur lui-même, et ne nous les cite sans doute que pour avoir le plaisir d'exercer sa verve ironique, car bientôt il ajoute : Pour nous, sans vouloir diminuer en rien l'honneur qui revient à M. Coullon pour s'être dévoué à une expérimentation aussi périlleuse, nous avouerons, qu'à moins de supposer qu'il n'ait trouvé un moyen de fascination analogue à celui du célèbre Van-Amburg, vis-à-vis de ses tigres et de ses *hyènes*, nous sommes fort inclinés à croire qu'il est tombé, lors de ses recherches, sur quelque bonne veine d'acide prussique.

Laissons là toute idée de polémique, et suivons M. Max, Simon dans l'énumération de faits, qu'il paraît avoir empruntés à la clinique de M. Andral. Les recherches du professeur de la Charité n'ont porté que sur un certain nombre de maladies; ces maladies sont les suivantes : 1° du côté du système nerveux des accès épileptiformes, la chorée, mouvements convulsifs donnés à quelques muscles de la face; 2° maladie organique du cœur; 3° tubercules pulmonaires. M. Simon a étudié successivement les modifications que reçoivent ces divers états morbides de l'influence de l'acide hydrocyanique ou de cyanure de potassium.

1° Maladies du système nerveux.

Nous ne rapporterons pas les quelques observations, dont M. Simon s'appuie pour démontrer la nullité de l'influence thérapeutique de l'acide hydrocyanique; tous ces cas de maladies du système nerveux, cités par l'auteur ne nous paraissent pas assez nettement dessinés, assez bien détaillés pour que nous puissions apprécier convenablement la valeur des moyens curatifs; nous nous contenterons de rappeler que les propriétés de l'acide hydrocyanique ne sont pas reconnues d'aujourd'hui, et que les effets salutaires de ce médicament ne sont pas toutefois de pure illusion, puisque plusieurs auteurs recommandables, entre autres Rasori Hufeland, etc., en avaient déjà fait connaître par des expériences cliniques, la vertu sédative.

Dans ces dernières années, M. Fantonetti, professeur de clinique à Pavie, a publié un mémoire fort remarquable, où il consigne un grand nombre d'observations destinées à faire ressortir l'efficacité de l'acide hydrocyanique dans une foule d'affections; surtout il préconise l'emploi de ce remède contre les maladies inflammatoires aigües et chroniques de la poitrine. Nous ferons connaître quelques-uns des succès de cette médication, lorsque M. Max. Simon, nous aura de nouveau montré le peu d'influence thérapeutique des préparations de cyanogène dans les maladies qui occupent une autre partie du cadre nosologique. Dans un prochain article, M. Simon nous fait espérer que nous étudierons l'action de l'acide hydrocyanique dans les maladies du cœur et dans les maladies de poitrine proprement dites.

Notes sur deux cas d'extraction de corps étrangers, introduits dans les voies digestives; par M. Bouchacourt, D. M. P.

M. Bouchacourt rapporte deux observations dont l'une a trait à un corps étranger, introduit dans l'œsophage, l'autre a pour sujet l'histoire d'un corps étranger dans le rectum.

Le sujet de la première observation est un ouvrier tailleur, dans l'œsophage duquel une pièce de cinq francs s'était engagée. M. Velpeau, après plusieurs tentatives, amena la pièce au dehors, à l'aide de l'instrument de M. de Graefe, de Berlin, au moment du passage de la pièce au niveau du larynx; le malade accusa une légère douleur, mais le reste de l'opération ne fut pas autrement pénible.

L'instrument dont M. Velpeau s'est servi dans cette opération, est excessivement simple et fort ingénieux.

M. Bouchacourt s'étonne qu'il soit à peine connu en France, quoique depuis dix ans au moins il ait été fabriqué chez les principaux couteliers de Paris.

Il n'est peut-être pas sans intérêt d'en donner la description. Il consiste en une tige de baleine suffisamment épaisse et flexible, longue de dix-huit à vingt pouces, portant à l'une de ses extrémités une éponge solidement fixée, qui, au besoin, pourrait repousser le corps étranger si on ne pouvait l'extraire; à l'autre extrémité existe un enbout d'argent, qui supporte deux anneaux pleins, et réunis dans leurs deux tiers inférieurs, à jour supérieurement en bas, et fixés dans une sorte de charnière à l'extrémité de la baleine; ils donnent lieu par leur réunion à une sorte de cône, dont le sommet tronqué très-mousse, est en bas, et la base large et arrondie regarde en haut, et présente dans ce sens un véritable évasement. L'instrument ainsi construit pénètre avec une grande facilité dans l'œsophage, et s'insinue sans peine en raison de sa forme, entre les parois de cet organe et le corps étranger. Lorsqu'on le retire au contraire, une de ses extrémités venant à raser la muqueuse, l'autre dépassant le corps étranger, celui-ci doit nécessairement être enlevé et entraîné.

Il y a près de dix ans que Dupuytren était sur le point de pratiquer l'œsophagotomie à un homme qui venait d'avaler une pièce de cinq francs, lorsqu'il eut recours à l'instrument de M. de Graefe, et parvint à l'extraire.

M. Perrochand, interne des hôpitaux, dit avoir retiré de cette manière, un sou introduit dans l'œsophage d'un enfant, qui fut amené à l'Hôtel-Dieu en 1837.

Tout récemment, aussi à l'aide de cet instrument, une pièce de cinq francs a été extraite par M. Pinel Grandchamps.

Ces faits ajoutés à celui tout récent de M. Velpeau, feront sentir aux praticiens l'importance d'un instrument qu'on s'étonne avec raison de ne pas trouver décrit dans le traité de médecine opératoire.

Il est question dans la deuxième observation, d'un corps étranger introduit dans les voies digestives.

Un paysan des environs de Lyon s'était endormi en plein air en 1837; deux mauvais plaisants eurent la singulière idée de lui introduire un volumineux éteignoir dans le rectum. Lorsqu'il se réveilla, le corps étranger était arrivé au-dessus du sphincter. Cet homme se présenta le lendemain à la consultation de M. Michel, chirurgien en chef de la Charité. L'introduction des pinces à pansement ne peut amener le corps étranger; il fallut avec un bec de grue, recourber la tige de l'anneau; tirant alors sur lui, le reste vint dès que cette tige ne s'enfonçant plus dans le rectum, ne fit plus l'office d'un arc-boutant. Il faut noter que l'anneau s'était désoudé dans le rectum, et que la tige qui le formait s'était enfoncée dans les parois de l'intestin.

M. Bouchacourt formule ainsi les régles de l'opération, lorsqu'il s'agira d'extraire du rectum un corps étranger : toutes les fois que le corps étranger donnera lieu dans les efforts d'extraction à de vives douleurs, soit par sa direction, soit par son volume, on essaiera de le retourner sur lui-même, de manière à présenter à l'orifice inférieur, la partie la plus étroite ou celle qui s'engagerait le plus facilement. Il faut toujours se rappeler dans les cas de ce genre la forme de l'intestin, le rétrécissement qui le termine inférieurement, et la dilatation ou l'évasement qu'il présente en haut.

Si déjà l'inflammation s'était développée, ou que d'imprudentes manœuvres aient été pratiquées, l'injection d'huile deviendrait fort utile en lubrifiant les parties, en facilitant leur extensibilité et le passage du corps étranger; absolument comme on le fait dans l'accouchement, pour rendre plus facile le passage du fœtus à travers le vagin et la vulve.

En général, presque toutes les manœuvres qu'exige l'extraction des corps étrangers du rectum, s'accompagnent de l'écoulement d'une certaine quantité de sang, rarement d'une hémorrhagie inquiétante. S'il y avait de la douleur et de l'irritation, on aurait recours aux bains de siége avec des décoctions de plantes narcotiques, et aux lavements mucilagineux.

Mais, la méthode formulée par M. Bouchacourt, n'est pas toujours applicable, soit à cause du volume et de la forme, soit par la position même du corps étranger : il faut se rappeler qu'on pourra au besoin le briser et l'extraire par fragments. Dans le cas de tige de bois, de corne, d'ivoire, fixé en travers sur chaque paroi du rectum, on pourra se servir, dit-il, des tenailles incisives, ou de la scie proposée par M. Velpeau.

Quant aux débridements et aux incisions de l'anus ou de l'intestin à une certaine hauteur, on ne devra y avoir recours qu'après avoir inutilement employé ces divers moyens.

Du traitement de la gravelle rouge avec émission spontanée et sans douleurs, par M. Civiale.

Lorsque les malades rendent la gravelle ou le sable sans difficulté, sans douleurs, sans nul dérangement de la santé, ils s'en occupent peu, la négligent, et finissent par la considérer comme une évacuation naturelle; ils ne font aucun traitement méthodique, ou s'ils en commencent un, ils ne le terminent point. M. Civiale blâme cette fausse sécurité, qui permet à la maladie de se développer et de prendre des allures inquiétantes. Si la gravelle est abondante et fréquente, il peut se former assez rapidement des pierres, soit dans les reins et les uretères, où elles constituent une maladie presque toujours incurable, soit dans la vessie et l'urètre, où elles deviennent une maladie grave.

Il faut surveiller, dit M. Civiale, les cas dans lesquels se trouvent réunies les conditions favorables à la formation des grains sablonneux et à l'agglomération de ces grains peu après qu'ils se sont formés.

Le malade doit être observé dans son régime, dans ses habitudes, etc., etc. On ne perdra jamais de vue, dans le traitement médical de la gravelle, la liaison qui existe entre les fonctions des reins et celles de la peau. Les troubles de la transpiration exercent une grande influence sur la production de la gravelle, qu'il y ait d'ailleurs diminution, suspension, ou excès de la perspiration cutanée; ce fait d'observation journaliere est directement contraire à l'opinion des médecins, qui, s'appuyant sur une erreur, soutenaient que l'affection calculeuse était rare, sinon inconnue, dans les pays chauds où la sueur est généralement fort abondante. Aussi M. Civiale pense qu'on ne saurait apporter trop de soin à régulariser le fonctions de la peau, mais en donnant la préférence aux moyens externes, spécialement aux exercices du corps, aux frictions, aux bains, aux douches sulfureuses, qui ne sont pas appréciées comme elle devraient l'être. On a insisté beaucoup, depuis quelques années, sur l'emploi de la térébenthine contre plusieurs maladies de la vessie; M. Civiale ne la conseille pas, son action étant trop incertaine.

Des qu'on est parvenu par un régime suivi, des bains répétés, des lavements, des boissons abondantes, à faire cesser la surexcitation des reins, et lorsqu'on est conduit à penser que le vice de la sécrétion rénale, source de la gravelle, est une conséquence de la mauvaise ha-

bitude contractée par l'organe, les dérivatifs, les révulsifs, paraissent à M. Civiale d'un grand secours ; mais il recommande de n'en pas faire usage trop prématurément.

M. Civiale n'oublie pas, dans la thérapeutique contre la gravelle, d'indiquer les eaux minérales comme puissants moyens curatifs ; mais en passant, il critique avec esprit les panégyristes des sources alcalines, qui, en préconisant des eaux minérales réputées efficaces contre la gravelle, n'ont aucun égard ni au rôle important que joue la quantité d'eau médicinale introduite dans l'économie, ni à l'influence des précautions hygiéniques observées avec plus ou moins de soin pendant le traitement.

Quant aux choix des eaux minérales pour le traitement des affections calculeuses, M. Civiale donne quelques indications sommaires, déduites de faits déjà anciens et de quelques observations récentes. Nous allons brièvement les reproduire :

1° Lorsque la gravelle est d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque, et que les malades en rendent depuis longtemps de grandes quantités, d'une manière continue ou temporaire, avec ou sans coliques néphrétiques, les eaux de Carlsbad ou de Vichy sont regardées par M. Civiale comme très-avantageuses.

2° Lorsqu'on peut soupçonner de gros graviers arrêtés dans les reins ou les uretères, que la prostate n'est pas tuméfiée, que l'appareil urinaire et spécialement le col de la vessie sont peu irritables, et qu'il y a constipation plus ou moins opiniâtre, les eaux de Contrexeville paraissent produire de bons effets. M. Civiale signale une particularité dans l'action des eaux de Vichy ; elles diminuent très-sensiblement, lorsque l'usage en est prolongé, la violence des contractions vésicales ; ce qui a pu faire croire souvent à l'expulsion des graviers, et à la guérison de l'affection calculeuse.

Les eaux de Contrexeville possèdent au contraire la propriété d'exciter fortement la contractilité de l'appareil urinaire, propriété qui les rend utiles pour déterminer l'expulsion des gros graviers. En même temps, dit M. Civiale, le diagnostic de la pierre vésicale est plus certain à Contrexeville, cette question a plus de portée qu'on ne pense, et cela en raison de la propriété des eaux. L'effet des eaux de Vichy présentent deux écueils fort utiles à signaler : 1° de tenir le malade et le chirurgien dans une sécurité trompeuse, en les détournant l'un et l'autre de s'éclairer sur la nature de la maladie ; 2° de faire croire à des guérisons qui n'existent pas, quoique, il faut l'avouer, l'illusion ne soit pas de longue durée.

Quelquefois, dit M. Civiale, les eaux minérales agissent sur certains individus comme cause déterminante de la gravelle ; elles l'a provoquent en apportant précisément aux fonctions organiques le même genre de modification que leur font subir d'autres causes hygiéniques, qu'on soupçonne plutôt qu'on ne les connaît.

M. Civiale, dans ce mémoire, en donnant une juste appréciation des effets de quelques eaux minérales, a rendu un éminent service à la thérapeutique.

Note sur un mauvais quinquina qui est aujourd'hui très-répandu dans le commerce, par M. Bouchardat.

Le Codex a adopté à tort, d'après M. Bouchardat, le quinquina gris pour le quinquina officinal. Il existe actuellement un quinquina gris très-répandu dans le commerce, qui à l'analyse ne donne aucune trace de cinchonine et de quinine. Voici sommairement ses caractères principaux : Ce quinquina est remarquable par le ton généralement blanchâtre de son épiderme, qui est fine et unie ; c'est cette apparence qui lui a fait donner le nom de *quinquina cendré, quinquina ton pâle, quinquina couleur de frêne*. La couleur intérieure de l'écorce, qui arrive roulée en tuyaux plus ou moins gros, est *jaune orangé clair* dans les petites écorces, elle devient *jaune orangé rouge* dans les autres ; cette différence est fort remarquable. Les grosses écorces sont très-sensiblement fibreuses.

Ce quinquina possède à un degré très-marqué l'odeur particulière des quinquinas gris, sa saveur est peu astringente et son amertume plus prononcée, surtout à la longue. Il possède, en un mot, les deux caractères importants des bons quinquinas.

M. Bouchardat ayant soumis six kilogrammes de ce quinquina au traitement suivi pour obtenir de la cinchonine, obtint, au lieu de cette base, un alcali qui n'était ni de la quinine ni de la cinchonine ; il pense que cette base est de l'aricine, quoiqu'elle ne possède pas la propriété de se colorer en vert par l'acide nitrique.

L'auteur de cette note insiste sur les inconvénients que présente la distribution des quinquinas en groupes disposés d'après leur couleur, car les couleurs sont plus conventionnelles que réelles, et exposent à des erreurs très-préjudiciables. Ainsi, le quinquina jaune de La Condamine est le même que notre quinquina gris de Loxa. L'écorce que l'on connaît en France, d'après M. Guibourg, sous le nom de quinquina de Loxa, est peut-être identique ou du moins très-voisin du ton pâle, et, dit M. B. : en avançant que ces trois sortes commerciales, 1° quinquina d'Arica ou de Cusco ; 2° quinquina blanc de Loxa ; 3° quinquina ton pâle, sont fournis par le même arbre, *cinchona ovata* de la flore péruvienne, on n'est peut-être pas loin de la vérité.

Nous attendons le résultat des nouvelles recherches de M. Bouchardat sur les quinquinas du commerce pour en rendre un compte plus détaillé.

Note sur l'ophthalmie purulente des enfants et sur son traitement.

Dans cette note, l'auteur discute les opinions émises par un chirurgien de Glascow, M. Wood, sur le caractère et le traitement de l'ophthalmie purulente des enfants. Cette maladie est assez commune à Paris ; elle y a régné épidémiquement en 1830, 1832 et 1835. Cette ophthalmie se présente comme une des plus redoutables de la première enfance, parce qu'elle fait des progrès rapides, et qu'en quelques jours elle a perforé le globe oculaire et déterminé la cécité. La mort, qui souvent survient à la suite de cette maladie, a paru à l'auteur liée trop manifestement aux vices de la méthode thérapeutique, pour la mettre exclusivement sur le compte de la gravité de l'affection. Il pense aussi que la cécité, trop souvent produite par cette ophthalmie, serait beaucoup moins commune, si elle était soumise à une bonne méthode thérapeutique. Le point essentiel est donc de déterminer quelle est la thérapeutique qu'on doit appeler bonne dans cette ophthalmie redoutable. Décrivons d'abord la maladie :

Elle débute d'une manière insidieuse, avec où point de fièvre ; elle commence par les paupières, et surtout par la paupière inférieure, qu'elle colore d'un rouge foncé, couleur lie de vin. Un gonflement œdémateux accompagne cette rougeur caractéristique. Bientôt de tous les points envahis suinte une matière muqueuse abondante, qui se reproduit en grande quantité après chaque lésion. Rarement les deux yeux sont affectés ensemble ; mais souvent ils s'affectent l'un après l'autre. Il n'y a ni douleur vive, ni grande chaleur locale ; le globe oculaire rempli de larmes paraît généralement fermé dans les premiers temps. Les deux paupières ne tardent pas à se prendre, de sorte que l'ensemble de l'œil est gonflé, quoique le globe lui-même ne paraisse pas affecté à proportion. Deux ou trois jours après, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, le globe lui-même se prend ; alors le pouls s'élève, la chaleur de la peau augmente ; il survient très-souvent de la diarrhée et de l'assoupissement. Bientôt après la cornée se perfore, le globe de l'œil se vide, et la cécité est consommée sans ressource. L'ophthalmie suit la même marche sur l'autre œil, et si rien ne l'arrête, elle complète l'aveuglement.

Les symptômes généraux s'apaisent quelquefois après l'évacuation du globe oculaire ; mais d'autres fois ils augmentent en prenant es caractères d'une fièvre hectique violente, avec un amaigrissement progressif et une diarrhée intarissable. Dans ces circonstances, la mort termine cette scène en deux ou trois semaines, ou même plus tôt. Suivent deux observations dans lesquelles la maladie a suivi la marche que nous venons d'indiquer : mort dans le premier cas, cécité complète et sans ressource dans le second.

L'auteur déclare dans cette note que l'issue fatale de la plupart de ces ophthalmies est due à la persistance opiniâtre et déplorable des médecins, qui ne savent opposer à leurs maladies que les anti-phlogistiques, les gommeux et les adoucissants. Ce traitement tout à fait irrationnel dans l'ophthalmie purulente, a été observé presque constamment à l'hôpital des Enfants-Malades, où cette affection sévit quelquefois d'une manière affreuse. L'ophthalmie dont il s'agit compromet la vie générale et la constitution des enfants, et indique par conséquent une méthode de thérapeutique en rapport avec leur disposition.

Cette méthode repose sur deux bases ; l'une a pour objet le traitement purement local ; l'autre, complément de la première, lorsqu'elle n'est pas la plus importante, a pour objet le traitement des symptômes généraux.

Le traitement général repousse manifestement les émissions sanguines et les agents débilitants. Lorsque les symptômes généraux sont bien marqués, on peut employer, d'après la méthode de M. Wood, les évacuants gastriques et surtout les émétiques, qui, en stimulant doucement les organes digestifs, préviennent souvent les engorgements vers l'appareil de la vision. Après l'effet de l'émétique, les épispastiques à la nuque et au bras sont très-convenables, ainsi que les évacuants à l'aide du calomel. Le meilleur régime, après toutefois que les premières voies ont été suffisamment purgées, consiste dans l'usage d'une nourriture stimulante, sans omettre les précautions hygiéniques de rigueur.

Le traitement local de l'ophthalmie purulente repousse, toujours d'après la méthode de M. Wood, l'emploi des émollients, des affaiblissants, et surtout l'abus des anti-phlogistiques.

Entre tous les moyens de la classe des toniques ou des stimulants, M. Wood se loue surtout du collyre suivant, dont nous donnons la formule : *nitrate d'argent, deux gros* (8 grammes) ; *eau de rose, une once* (30 grammes). Dissolvez et instillez quelques gouttes de ce collyre entre les paupières, trois ou quatre fois par jour. La dose de nitrate d'argent, on le voit, est énorme ; aussi, quoique les expériences du médecin écossais ne nous paraissent pas douteuses, nous conseillons, pour éviter tout accident, de graduer la dose de ce sel, en commençant par la moitié ou même le quart de la dose indiquée. On porte le remède sur l'œil malade à l'aide d'un pinceau mou trempé dans la dissolution.

THE EDIMBURG MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Observation d'empoisonnement par le sublimé corrosif, par Alexandre Wood, d'Edimbourg.

Depuis plusieurs mois les journaux sont remplis de détails, de discussions et de querelles sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux; et, on peut le dire, sans que le public médical, paisible spectateur des débats, y ait beaucoup gagné. Voici maintenant quelques considérations sur un autre genre d'accident aussi commun, et auquel il ne manque que les circonstances pour devenir aussi célèbre, l'empoisonnement par le sublimé corrosif.

Le sujet de cette observation est un teinturier nommé Bell, âgé de quarante-sept ans. Le 26 août, se trouvant mal à son aise, il voulut avoir recours à la panacée des Anglais. Au lieu de calomel, la femme du pharmacien lui donna environ plein une cuiller à thé d'une poudre blanche pesante, dont il prit la moitié dans un verre de wisky, sur les dix heures du soir. Il éprouva en l'avalant une sensation brûlante et âcre à la gorge, et fut pris, immédiatement après, de raideur dans les mâchoires, de vomissements, de coliques, de crampes, et rendit des selles mêlées de sang. Il eut aussi des douleurs dans la bouche et du ptyalisme; les coliques étaient plus vives dans certains moments que dans d'autres. Il ne paraît pas qu'on lui ait fait prendre de remède qui pût neutraliser les effets du poison.

Il entra à l'hôpital le 3 septembre, dans le service du D. Shortt. Il se plaignait plutôt de faiblesse que de douleurs réelles, excepté dans les mâchoires, qui étaient raides et enflées; les gencives étaient gonflées aussi, et comme spongieuses, pleines de salive, et exhalant une odeur mercurielle des plus fétides. Quatre-vingt-seize pulsations, faibles comme tout le reste des fonctions.

Malgré un traitement actif, les forces du malade continuèrent à diminuer; il sortait de temps en temps de sa bouche des quantités considérables de sang liquide, sans effort apparent de vomissement. Aspect et symptômes typhoïdes, mais pas la moindre douleur d'entrailles. Il mourut le 8, le quatorzième jour de l'empoisonnement, immédiatement après avoir rendu six livres de sang dans une selle.

Nécroscopie. Bouche.—La membrane muqueuse opposée aux deux dernières molaires du côté droit était ulcérée et d'une couleur vert obscur. Il y avait un petit ulcère sur une des amygdales.

Pharynx.—A sa surface postérieure deux taches irrégulières de la grandeur d'un shilling, d'une couleur brune et présentant plusieurs petites élévations. Une pareille tache se trouvait aussi dans l'œsophage, à trois pouces de l'estomac.

Estomac.—Il contenait six onces, environ, de sang à demi coagulé. A sa surface postérieure, immédiatement au-dessous de l'embouchure de l'œsophage, une partie de la muqueuse était ramollie, verdâtre, présentant des espèces de lambeaux. Le reste de la muqueuse d'une couleur rouge informe.

Intestins. — Ils contenaient, dans toute leur étendue, une couche de matière grumeleuse, noirâtre, mélangée avec du mucus, et dans le duodénum avec de la bile. Cet intestin était jaune, en apparence sain, tandis que le jéjunum et l'iléon étaient rouges partout. A la terminaison du cœcum, et au commencement du colon, taches rondes ramollies, semblables à celles que nous avons décrites. Dans le colon descendant la membrane muqueuse était rouge, par plaques. Dans plusieurs endroits il y avait du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Poitrine. - Rien de particulier, si ce n'est qu'en incisant les poumons on fait sortir une sérosité monstrueuse.

Cerveau.—Suffusion séreuse dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et dans les ventricules latéraux.

Rien de bien apparent dans le système salivaire.

Usage de l'arsenic dans les affections utérines, par Henry Hunt.

Une petite fille, bien constituée, de vingt-deux mois, avait eu, à la fin de mai 1836, une rougeole dont elle guérit vers le 10 juin. Tous les autres enfants de la famille, au nombre de six, eurent la même maladie l'un après l'autre, et le 31 juillet, l'enfant attaquée la première eut un accès de fièvre qui fut suivie d'une éruption rubéoleuse. La maladie fut plus grave que la première fois; elle se termina cependant heureusement le 9 août suivant, malgré une couleur noirâtre qui persista longtemps sur les parties occupées par l'éruption.

L'auteur s'appuie, pour qu'on ne croie pas qu'il ait pris une scarlatine pour une rougeole, sur ce que, chez cette enfant, il y avait rougeur des conjonctives, et principalement de la paupière inférieure et un léger épiphora, symptôme qui, selon lui, ne manque jamais dans la rougeole.

Cas de rougeole secondaire, par Joseph Moore.

Le premier cas a trait à une femme de quarante ans, affectée d'un cancer de l'utérus, avec ulcérations et écoulements fétides, laquelle se trouva bien de doses de quatre à dix gouttes de la solution minérale.

Se rappelant que l'emploi de cet agent avait quelquefois causé l'inflammation de la vulve, l'auteur a pensé qu'il pouvait susciter une réaction favorable dans quelques maladies de ces organes. Il l'a administré avec avantage dans des cas de menstruations trop fréquentes et trop abondantes, de douleurs utérines, de névralgies revenant avec les époques mens-

truelles. Il donne l'arsenic trois fois par jour sous forme de pilules, à la dose d'un vingtième de grain. Lorsque la tolérance n'est pas complète, il la rétablit en donnant les pilules après le repas.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (OMEDEI).

Observation anatomico-pathologique sur l'amaurose, par le D. Odoardo Linoli.

Pietra Santa, né en 1814, de petite stature, mais fortement constitué, avait joui d'une parfaite santé jusqu'à l'âge de puberté. A cette époque, il devint pâle, maladif, et consulta notre confrère pour des vertiges, des vides dans la tête, des absences d'esprit, et une grande faiblesse générale. Le jeune homme abusait de lui-même : ce fut en vain que le médecin lui représenta le danger de cette criminelle habitude. Quelques années après la consultation, le docteur Linoli fut appelé pour le même sujet, tombé dans un état comateux. La pupille restait immobile à la plus vive lumière ; il y avait des mouvements spasmodiques, etc. ; c'était le lendemain d'un excès de table. Le médecin lui rendit la santé au moyen de saignées générales et locales, de laxatifs et de la diète, et n'épargna pas au convalescent ses conseils d'autrefois. Pietra Santa n'en tint meilleur compte ; cependant il commença à ressentir une douleur de tête qui ne le quitta plus. Elle était fixée à la partie antérieure du cerveau, et les yeux, surtout le gauche, avaient perdu beaucoup de leur force. A l'affaiblissement de la vue était venu se joindre celui de la voix, par une sympathie naturelle. Enfin, la pâleur encore plus grande et l'amaigrissement marquaient les ravages incessants de la masturbation.

Vers l'âge de vingt ans, le débauché, honteux de sa passion, ne voulut plus voir son médecin ; il se mit entre les mains d'un étudiant en médecine ; puis, ayant perdu l'œil gauche et menacé de perdre bientôt l'œil droit, il alla à Pise consulter deux célèbres professeurs. Le temps de l'opportunité était passé : la maladie fut jugée incurable à cause d'un vice organique au cerveau, à l'endroit peut-être des couches optiques. L'un des professeurs proposa néanmoins l'usage du mercure. La dernière ressource fut de revenir au premier médecin, qui alla le visiter de loin en loin, ne voulant pas lui prescrire aucun médicament héroïque, ni lui pratiquer aucune opération. La maladie traîna encore un an, avec des douleurs de tête toujours croissantes. Pietra Santa mourut sans agonie, le 30 novembre 1838.

Autopsie. — Congestion sanguine des trois méninges ; ramollissement des lobes antérieurs des deux hémisphères, et à leur intérieur deux concrétions calleuses, revêtues de membranes ; ventricules latéraux spacieux remplis de sérosité, et injection capillaire de la membrane qui les tapisse.

Au-dessous de la voûte à trois piliers, une tumeur cystique, isolée dans le troisième ventricule, et comprimant les couches optiques.

Le nerf optique gauche desséché, le droit ramolli.

—

De l'atrophie nerveuse.

Peu satisfait de l'opinion qui attribue l'atrophie nerveuse à la perversion totale ou partielle du système nerveux, le docteur Fantonetti est parvenu par ses recherches à découvrir que cette maladie provient exclusivement de la lésion anatomique du système ganglionnaire. Il appuie sa proposition sur l'autopsie de quatre sujets morts d'atrophie nerveuse, et sur lesquels il a trouvé les ganglions du thorax et de l'abdomen à l'état d'atrophie, c'est-à-dire beaucoup diminués de volume et dépourvus de pulpe nerveuse. Nous ne rapporterons que l'observation la plus marquante.

Un paysan, âgé de soixante-trois ans, entra au grand hôpital de Milan, comme affecté de consomption. Il n'avait point de fièvre ; on lui donna d'abord de l'eau gommée et un purgatif, puis on l'évacua sur la Clinique des maladies chroniques.

Cet homme était amaigri, sans l'être excessivement ; il aurait pu se lever, marcher même, mais il aimait mieux rester blotti dans son lit ; il éprouvait un malaise vague, était triste ; point d'altération dans les facultés intellectuelles ; respiration un peu lente, sans offrir rien de remarquable à l'auscultation ni à la percussion ; peu d'appétit ; digestion paresseuse ; langue sèche ; pas la moindre envie de vomir ; ventre souple et indolent ; peau un peu pâle, assez chaude ; urine rare ; tendance à la constipation ; pouls petit et facile à éteindre : soixante pulsations ; sommeil tranquille et suffisant ; point de douleurs dans les mouvements.

Le commémoratif n'apprenait rien. Autrefois trois ou quatre accès de fièvre intermittente ; fluxion de poitrine sept ou huit ans auparavant ; aucun excès, aucun écart de régime. Depuis deux ans le malade était tombé dans cet état qui s'était aggravé insensiblement, et au point que la vie de ce paysan n'était plus que la vie végétative, sans apparence de réaction dans aucun organe.

On essaya de relever l'organisme par une alimentation substantielle, le vin généreux, l'eau de menthe ; rien ne profita. Le pouls descendit à cinquante pulsations.

Cependant, dans les derniers jours de sa vie, le malade se plaignit de douleurs tantôt au ventre, tantôt à la poitrine, et surtout à la région lombaire. Des bains tièdes et l'opium lui procurèrent quelque soulagement. Enfin, il cessa de vivre au bout d'un mois de séjour à l'hôpital.

Autopsie. — Glanglions du thorax et de l'abdomen atrophiés, beaucoup réduits de volume, et dénués de pulpe nerveuse ; névrilème plus

épais que de raison. Les plaques solaire, semi-lunaires, lombaires offraient une certaine résistance à la traction, si bien qu'elles en étaient plus faciles à détacher.

Le docteur Fantonetti ne peut guère se flatter, malgré sa découverte anatomo-pathologique, que son explication soit acceptée.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 17 septembre 1839.)

Luxations congénitales du fémur.

M. Gerdy achève la lecture de son rapport, en terminant ce qui est relatif au travail de M. Pravaz et aux objections de M. Bouvier; il pense que l'enfant qui a été présenté par M. Pravaz à l'Académie de médecine, n'est pas atteint actuellement de luxation congénitale du fémur. Quant aux autres sujets, il n'a pas les mêmes convictions, ces derniers n'ayant pas été soumis à l'examen de la commission.

Les conclusions suivantes terminent le rapport de M. Gerdy:

1° Que les luxations dites congénitales de fémurs, présentent une conformation anatomique qui n'exclut pas la réduction.

2° Si l'état des parties molles semble y apporter un obstacle, il peut être vaincu par l'extension longtemps continuée.

3° Puisque la tête du fémur se creuse une cavité anormale sur l'os des îles, par la prolongation de son contact dans les anciennes luxations, à plus forte raison pourra-t-elle creuser la cavité cotyloïde dans la position normale, ou l'agrandir, si, ce qui arrive le plus souvent, elle existe; de manière à ce qu'elle puisse fournir la base d'une articulation solide.

4° L'enfant présenté par M. Pravaz, est actuellement dans un bon état, et son articulation ilio-fémorale remplit toutes ses fonctions.

5° La réduction des luxations congénitales du fémur offre donc des chances de succès.

En conséquence la commission propose : 1° de voter des remercîments à M. Pravaz pour cette importante communication; 2° de la publier dans les bulletins de l'Académie.

(Adopté.)

(Séance du 24 septembre.)

Mémoire sur l'arsenic naturellement contenu dans le corps de l'homme?

M. Orfila, dans ce travail, se propose de répondre aux questions suivantes :

1° *Existe-t-il de l'arsenic à l'état normal dans les os de l'homme.*

2° *Les viscères en renferment-il?*

3° *Peut-on en démontrer l'existence dans les muscles?*

4° *Est-il possible d'établir que l'arsenic obtenu d'un cadavre n'est pas celui qui existait normalement parmi les éléments qui composent ses tissus, mais a été introduit dans les organes digestifs, appliqué à l'extérieur, etc* (1).

M. Blandin présente à l'Académie deux malades : chez l'un âgé de douze ans, il a été pratiqué avec succès la section sous-cutanée de la portion sternale du muscle sterno-mastoïdien droit rétracté : cette petite opération, secondée par un bandage simple, qui fixait la tête et l'inclinait en sens opposé, a suffi pour lui rendre la liberté des mouvements.

Chez l'autre malade, M. Blandin a fait la ligature de l'artère fémorale au-dessous de l'origine de la profonde, pour une plaie de tronc artériel lésé, à la partie moyenne de la cuisse, par un coup de feu qui avait traversé le membre de part en part. Une seule ligature a été posée.

(Séance du 1er octobre.)

Anus artificiel, établi dans la région lombaire gauche.

M. Amussat donne de nouveaux détails à l'Académie sur la première opération d'anus artificiel qu'il lui a communiquée le 18 juin dernier.

La malade va aussi bien qu'il est possible; elle a repris ses forces et sa santé. Cependant la tumeur abdominale, cause du rétrécissement de l'intestin, n'a pas disparu. L'anus artificiellement établi par son procédé, est dans d'excellentes conditions; l'orifice est arrondi, bien régulier, et cette infirmité est beaucoup moins dégoûtante qu'on ne l'aurait pensé. Madame D.., va une fois ou deux à la selle par jour; il n'y a pas, comme on pourrait le croire, écoulement continuel des matières fécales, le bandage contentif suffit à le prévenir.

M. Velpeau fait observer que le fait dont vient de parler M. Amussat, est intéressant sous trois points de vue : 1° la maladie pour laquelle cette opération a été pratiquée est très-grave et promptement mortelle : il est donc important d'y trouver, sinon un remède, au moins un soulagement de quelque durée; 2° le procédé employé par M. Amussat a l'immense avantage de ne point attaquer le péritoine; 3° enfin la modification introduite par ce chirurgien, est utile en ce sens qu'il entraîne en avant l'intestin de manière à ce qu'on puisse facilement le voir.

M. Gerdy préfère l'incision de la région lombaire à celle de la fosse iliaque. On n'a pas à craindre nécessairement d'ouvrir le péritoine comme dans ce dernier cas. S'il existe un mésocolon, les lames qui le forment lâchement unies par du tissu cellulaire, pourront être facilement écartées. Resterait, il est vrai, le danger d'inciser les vaisseaux qui occupent précisément le point interstitiel, mais il serait facile de les lier. Le point des parois abdominales attaqué par ce procédé, est beaucoup plus mince qu'on ne pourrait le croire de prime-abord; là ne se rencontrent que des aponévroses; en incisant verticalement, on évite les fibres musculaires. Dans le procédé de M. Amussat (incision transversale), on est obligé de couper des muscles, et l'on est plus exposé à tomber dans le péritoine.

M. Amussat répond que ce qui a fait rejeter la méthode de Callisen dès les premières applications, ce fut l'incision du péritoine, que n'é-

(1) Voir ces mémoires dans le corps du Journal.

vitèrent ni Callisen, ni Duret. Cet inconvénient capital est inhérent à la méthode de Littré. Or, le procédé qu'a suivi M. Amussat n'y expose que dans les cas d'existence d'un méso-colon iliaque, qu'il n'a jamais rencontré dans les recherches qu'il a faites à ce sujet sur le cadavre ; sous le rapport de l'innocuité de l'opération, M. Amussat croit devoir insister sur le peu de gravité des symptômes qui l'ont suivie ; le soulagement a été immédiat, à peine y a-t-il eu une réaction fébrile, ce qui est bien différent des accidents qu'on observe à l'occasion des lésions du péritoine, des épanchements de bile, de matières fécales.

M. Chervin, qui a vu la première malade de M. Amussat sept à huit jours après l'opération, dit qu'il a été surpris de la bénignité des symptômes qui existaient à cette époque ; à peine y avait-il de la fièvre : les matières sortaient à certains intervalles par l'orifice anormal, dont la forme se régularisait déjà ; l'amélioration a toujours été en augmentant.

(Séance du 8 octobre.)

Anus artificiel dans la région lombaire.

M. Amussat, lit quelque pages d'un travail intitulé : *Mémoire sur la possibilité d'établir sûrement l'anus artificiel, en arrière de la région lombaire, sans pénétrer dans le péritoine.* Après avoir donné l'historique du procédé du Callisen et cité les opinions de plusieurs auteurs, tels que Sabatier, Dupuytren, etc., qui tous blâment ce procédé, M. Amussat rapporte que Callisen et Duret ouvrirent le péritoine, en essayant, sur les cadavres d'enfants, d'établir un anus artificiel dans la région lombaire, et il attribue en partie à ces essais infructueux, l'abandon de la belle idée qu'avait eue qu'on a fait le premier de ces chirurgiens d'arriver au colon par la région lombaire, sans intéresser le péritoine.

M. Amussat n'a jamais rencontré jusqu'à présent de méso-colon, même chez les enfants. La moitié postérieure de l'intestin est dépourvue de péritoine, et le meilleur moyen de s'en assurer, c'est d'arriver à l'intestin par la région lombaire en disséquant couche par couche tous les tissus. On voit alors, surtout si on insuffle par l'anus, que le péritoine ne recouvre l'intestin que dans sa partie intérieure.

Le procédé mis en usage par M. Amussat consiste à faire, non pas une incision verticale dans la région lombaire, comme l'avait proposé Callisen, mais une incision transversale, qui présente les avantages suivants : elle rend l'opération plus facile et plus sûre, elle permet en outre d'éviter de couper en travers les vaisseaux et les nerfs lombaires ; elle donne la facilité de chercher l'intestin dans une plus grande étendue, et par conséquent d'éviter sûrement la lésion du péritoine ; enfin elle permet d'établir l'anus artificiel sur la partie latérale de la région lombaire, en attirant fortement l'intestin en avant et en le fixant à l'angle antérieur de la plaie.

Comparant ensuite les divers procédés qui ont été employés, M. Amussat démontre que celui qu'il a adopté présenterait pour la guérison de l'anus artificiel, s'il n'était pas nécessaire de le conserver, des chances de succès bien plus grandes, parce que l'éperon est peu marqué, étant fixé en arrière aux parois abdominales.

M. Amussat regarde cette opération telle qu'il la pratique, comme étant beaucoup moins grave et moins difficile que l'opération de la hernie étranglée ; en effet, dans la hernie, on n'a qu'un espace circonscrit, un anneau qu'il faut débrider, des vaisseaux importants difficiles à éviter, et on ouvre nécessairement le péritoine tandis que dans l'opération de l'anus artificiel on peut opérer dans un large espace, on n'a point de vaisseaux importants à redouter, et on n'intéresse pas le péritoine.

M. Blandin ne partage pas les données anatomiques, énoncées par M. Amussat, sur la manière dont se comporte le péritoine avec le colon.

M. Breschet corrobore l'opinion de M. Amussat, et prétend qu'il a fait bon nombre d'ouvertures dans le but de se convaincre de la disposition du péritoine sur le colon. Eh bien! sur soixante cadavres au moins, quelquefois le péritoine enveloppait de toutes parts l'intestin, et d'autres fois il était découvert dans un coin de sa face postérieure. S'il est vide, l'étendue de la surface pincée du péritoine est fort peu étendue ; si au contraire, il est distendu par des liquides ou de l'air, elle augmente considérablement, d'où résulte une grande facilité pour l'opération.

Albuminurie, ou maladie de Brihgt.

M. Martin-Solon met sous les yeux de l'Académie, le rein d'un malade atteint d'albuminurie. Sa couleur est d'un jaune pâle, et l'altération porte entièrement sur la substance corticale. Ce rein pèse douze onces et quelques gros, sa longueur est de cinq pouces quatre lignes ; l'altération qu'il présente est, suivant M. Martin Solon, d'une nature toute spéciale : ce n'est ni une dégénérescence squirrheuse ni une altération graisseuse.

Le malade a succombé à une pleuro-pneumonie.

A propos de cette pièce pathologique, il s'élève entre MM. Bouillaud et Martin-Solon une discussion assez vive, sur les termes albuminurie, hypérémie rénale, etc.

Tumeur encéphaloïde du testicule, pesant neuf livres.

M. Boyer, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, met sous les yeux de l'Académie une tumeur encéphaloïde du testicule, qu'il a extirpée il y a près de quinze mois, elle pèse neuf livres : sa grande circonférence, qui est verticale, a vingt-sept pouces ; la petite, qui est horizontale, en a vingt-quatre. Le cordon était sain ; il a fait cinq points de suture ; le trentième jour, le malade était guéri ; depuis le moment de l'opération, la santé a été parfaite.

Anévrisme faux de l'artère brachiale.

M. Robert présente un malade chez lequel, après une saignée malheureuse, il survint un anévrisme faux au pli du coude. Il lia l'artère brachiale d'après la méthode d'Anel. La tumeur s'est affaissée au point de disparaître presque entièrement, et, chose remarquable, la circulation s'est rétablie dans le vaisseau au point malade.

—

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Rapport sur un mémoire de M. le docteur Bazin, *sur la structure intime des poumons chez les animaux vertébrés.*

(Commissaires, MM. Serres, Flourens; de Blainville, rapporteur.)

Nous avons déjà dans un précédent numéro rapporté le commencement du mémoire de l'auteur. On se rappelle qu'il cherche à jeter du jour sur la terminaison des bronches.

On peut réduire à trois les opinions des anatomistes sur la manière dont se terminent ces vaisseaux aériens.

Suivant la première, celle de M. Malpighi, la plus ancienne peut-être, et qui semble basée sur ce que montre le poumon des reptiles et des amphibies, où ce n'est qu'un sac à parois réticulées, élastiques, quelquefois fort incomplétement cloisonnées, dans lesquelles se ramifie le réseau vasculaire en deux couches, et qui est suspendu à l'extrémité d'une trachée plus ou moins longue; on admet que le poumon de l'homme et des mammifères n'est que l'assemblage, la concentration de vésicules analogues, mais infiniment plus petites, que termineraient l'extrémité des dernières ramifications des bronches, et qui, pressées, se déformeraient plus ou moins en se polygonant, et deviendraient dépendantes les unes des autres en communiquant entre elles.

D'après la seconde opinion, ces prétendues vésicules ne seraient que des prolongements de la partie terminale des dernières ramifications des bronches, dans lesquels l'élément cartilagineux de celles-ci cesserait, et qui, par conséquent, formeraient de petits cœcums subcylindriques, obtus, ou vésiculaires.

Dans cette opinion, comme dans la précédente, on peut admettre que ces productions ou terminaisons cœcales ou aveugles en doigt de gant, se groupant autour de la bronchiole dont elles émanent, seraient indépendantes, quoique serrées et pressées, c'est-à-dire qu'elles ne communiqueraient entre elles que par l'intermédiaire du tronc qui les supporte, ce qui est l'opinion de Willis; ou bien que leurs parois étant percées, elles communiquent directement entre elles, ce qui constitue une sorte d'éponge, de corps caverneux aérifère, et rentre, en quelque sorte, dans la troisième manière de voir à ce sujet.

En effet, dans cette dernière opinion, que l'on a attribuée à Helvétius, mais qui paraît devoir remonter à Duverney, le poumon des mammifères serait composé des bronches et de leurs ramifications nombreuses, comme cela est admis dans les deux manières de voir précédentes; mais, plus ou moins près de leur terminaison, elles prendraient le caractère de tout le poumon des oiseaux en communiquant les unes avec les autres, donnant ainsi la disposition spongieuse, labyrinthique à la portion essentielle de l'organe

Il faut toutefois reconnaître, dans quelque manière de voir que ce soit, que ces canaux aérifères ramifiés ne sont qu'une extension en forme de tubes béants et décroissants de l'enveloppe générale dans laquelle se trouvent toutes les parties qui constituent celles-ci : 1° la couche musculaire dans laquelle peuvent se développer des parties solides; 2° la couche dermique plus ou moins réticulée et élastique; 3° la couche vasculaire parvenue au summum de son développement, et contenant elle-même l'élément élastique; 4° la couche ou lame épidermique réduite à une minceur extrême, afin que le contact du fluide élaborant contenu dans les bronchioles, et du fluide à élaborer, circulant dans les vaisseaux extrêmement ténus qui en tapissent les parois soit presque immédiat, et que réduits l'un et l'autre en filaments extrêmement déliés, l'action réciproque de l'un sur l'autre soit plus intense et plus prompte, comme Willis l'a parfaitement exposé suivant la théorie de Mayor.

Après de nombreuses et de minutieuses investigations, M. le docteur Bazin s'est arrêté à la seconde de ces opinions. Or, cette manière de voir, que l'on attribue exclusivement à Reissesen, qui l'a en effet confirmée dans son travail important, sur la structure du poumon, est réellement celle des premiers anatomistes qui se sont occupés de ce sujet depuis la découverte des verres grossissants, et surtout celle de Willis, qui a évidemment beaucoup développé ce que Malpighi avait dit sur la structure du poumon, employant même le mercure pour l'injection des vaisseaux aérifères, comme Reissesen et M. Bazin l'ont fait depuis avec habileté.

Pour parvenir à accepter avec connaissance de cause, l'une ou l'autre de ces manières de voir sur la stucture du poumon, M. le docteur Bazin a eu principalement recours à l'injection des canaux aérifères au moyen du mercure; et en prenant toutes les précautions convenables pour être à l'abri de toutsoupçon d'avoir rompu les bronches, il s'est assuré que leur terminaison se fait sans renflement, par de petits cœcums ne communiquant certainement pas entre eux, si ce n'est par la bronchiole dont ils émanent, et qu'ils forment par leur assemblage en groupes plus ou moins nombreux, plus ou moins serrés, de petits capitules qui, suivant qu'ils s'avancent plus ou moins inégalement dans l'épaisseur du poumon, déterminent à la surface pulmonaire la formation de lobules, comme dans l'homme et beaucoup de mammifères, ou l'absence complète de cette disposition, comme dans les chiens et les chats.

M. Bazin s'est aussi assuré que le poumon a deux enveloppes, une externe fibreuse ou séreuse, et une interne ou propre, qu'il nomme capsule, à l'imitation de Glisson pour celle du foie; il la croit même de nature élastique.

En résumé, l'opinion de la terminaison des bronchioles en cœcums gemmiformes distincts, atteignant ou non la périphérie pulmonaire, a paru à la commission, hors de doute pour le cas de l'homme et des mammifères. M. de Blainville a terminé son rapport, par les plus grands éloges pour l'auteur, et a proposé à l'Académie d'ordonner l'impression du travail de M. Bazin dans le recueil des mémoires des savants étrangers.

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées.

(Séance du 2 septembre.)

De l'influence du froid sur la circulation capillaire.—Extrait d'une lettre de M. Poisseuille.

La température ambiante étant de 20° c., l'auteur a vu qu'en mettant des morceaux de glace dans une auge où se trouvait un têtard de grenouille, la circulation capillaire se ralentissait de plus en plus, les globules devenaient pyriformes en cherchant à passer à travers ces vaisseaux, et qu'enfin ils reprenaient leur forme

primitive en passant dans des vaisseaux de plus gros calibre. Par un plus long séjour dans l'eau, à une température de un à deux degrés, la circulation cesse dans le plus grand nombre des capillaires et cependant le calibre de ces derniers est resté le même qu'avant l'application de la glace.

Mais si l'on continue à entretenir cette basse température, bientôt les globules de ces vaisseaux capillaires, où la circulation avait cessé, éprouvent sous l'influence des battements du cœur, des oscillations qui ne tardent pas à se changer en un mouvement progressif de plus en plus rapide, de sorte qu'au bout de trois quarts d'heure environ, la circulation capillaire a reconquis la vitesse dont elle jouissait dans une atmosphère de 20° c. Les vaisseaux capillaires ont doublé ou même triplé de volume. Cependant quelques capillaires en petit nombre, dans lesquels le repos persiste, n'ont pas augmenté de calibre; si l'on enlève la glace, la circulation se rétablit dans ces derniers vaisseaux, et au bout de quelques heures, tous sont rentrés dans leur calibre primitif.

M. Poisseuille, ayant conservé pendant l'hiver des têtards de grenouille, recueillis en juillet, a trouvé aussi en janvier leurs capillaires augmentés de volume; le lieu occupé par ces têtards était à une température de deux degrés au-dessus de zéro.

On peut donc conclure de ces faits, que les points de la surface tégumentaire de l'homme, habituellement découverts, ont leurs vaisseaux capillaires d'un volume plus considérable que ceux des autres portions de la peau.

(Séance du 16 septembre.)

Du lait en général, considéré sous le rapport des divers phénomènes qu'il présente au contact de l'air; de la fermentation acide et de la fermentation putride, du caséum et de la formation du beurre; du colostrum observé chez les femmes pendant la gestation, et de ses rapports avec la sécrétion lactée après l'accouchement, etc.; par M. Donné.

(Commissaires : MM. Thénard, Adolphe Brongniart, Pelouze.)

Nous ne pouvons donner que les conclusions du long mémoire de l'auteur :

1° L'histoire chimique du lait abandonné à lui-même ne peut être complétée que par l'observation microscopique;

2° Le lait doit être défini : un liquide tenant en dissolution le caséum, comme le sang contient la fibrine, un sucre particulier et de sels, et en suspension des globules de matière grasse ou de beurre;

3° Le caséum ne fait pas partie des globules et n'est pas à l'état concret dans le lait;

4° Tous les globules du lait peuvent être retenus par le filtre, et la liqueur filtrée, limpide comme de l'eau, laisse déposer le caséum sous l'influence des acides, expérience qui prouve que le caséum est à l'état de dissolution, et en outre, que la couleur blanche du lait tient à la matière grasse qui y est suspendue à l'état de globules très-divisés; le lait peut donc être considéré comme une émulsion;

5° Le premier phénomène que présente le lait abandonné à lui-même, est l'ascension de la crème; celle-ci n'est autre chose que les globules laiteux qui se rassemblent à la partie supérieure, par suite de leur pesanteur spécifique; au-dessous de la crème se trouve le lait proprement dit, divisé en deux couches moins tranchées; l'une supérieure plus blanche, l'autre inférieure un peu verdâtre et demi-transparente; ces différences de nuance ne tiennent qu'au plus ou moins de globules laiteux, en suspension dans les différents points du liquide, suivant leurs points du liquide, suivant leur poids spécifiques; la crème existe donc dans le lait au moment où il sort des organes, et le lait et la crème ne diffèrent l'un de l'autre que par la proportion des globules butyreux;

6° Le second phénomène est le passage du lait à l'état acide, car il était alcalin en sortant des organes; peu à peu la crème s'épaissit, le caséum se coagule, des gaz se dégagent, l'odeur de fromage de Brie se manifeste, le microscope montre une foule d'animalcules et de végétaux infusoires; c'est une véritable putréfaction qui s'établit;

7° En séparant par le filtre la crème ou partie grasse non azotée, et le caséum matière azotée, on remarque que la première s'acidifie très-rapidement, tandis que le second privé de matière grasse et tenant en dissolution le caséum, tend à subir la fermentation alcaline ou putride;

8° Les végétaux infusoires ne se montrent que longtemps après que le lait est passé à l'état d'acide; quant aux animalcules infusoires, ils existent tout aussi bien dans la partie alcaline que dans la partie acide du lait en fermentation;

9° Les végétaux microscopiques du lait, se développent à la surface du beurre, préalablement fondu et traité par l'éther de même qu'à la surface du lait filtré et privé entièrement de globules;

10° Aucune expérience ne peut démontrer l'existence d'une ou deux vésicules dans les globules laiteux; tous les faits, au contraire, établissent leur parfaite homogénéité;

11° Le meilleur procédé de conservation du fait, est jusqu'ici l'ébullition ménagée au bain-marie dans des vases que l'on bouche ensuite hérmétiquement,

12° Le beurre résultant de l'agglomération des globules gras du lait, peut être obtenu dans le vide, dans le gaz acide carbonique, dans l'hydrogène, en contact avec les alcalis, etc. On ne peut donc pas admettre qu'il se produise sous l'influence de l'air, par suite d'une combinaison de l'oxigène, ou d'une acidification, et les théories que l'on a données jusqu'ici de la formation sont insuffisantes;

13° Il existe un rapport constant entre la sécrétion du *colostrum* chez les femmes avant l'accouchement, et la sécrétion du lait après le part. Les femmes se divisent sous ce rapport en trois classes : 1° celles chez lesquelles la sécrétion du fluide lacté est presque nulle, jusqu'à la fin de la gestation et ne présente qu'un liquide visqueux, contenant à peine quelques globules laiteux mêlés de corps granuleux rares; dans ce cas, le lait est pauvre et peu abondant après l'accouchement; 2° le colostrum est plus ou moins abondant, mais pauvre en globules laiteux qui sont petits, mal formés et souvent mêlés, outre les corps granuleux, de globules muqueux; ces caractères indiquent une plus ou moins grande quantité de lait, mais de lait pauvre et séreux; 3° enfin, un colostrum riche en globules laiteux réguliers, d'une bonne grosseur et n'étant mélangés d'aucune autre substance que ces corps granuleux, annoncent généralement un lait abondant, riche et de bonne qualité;

14° Quant à l'influence de l'âge sur les nour-

rices, on remarque que, dans le peuple de Paris, il est rare d'en trouver une bonne après trente ans, tandis que celles de la campagne, sont dans toute leur force à cet âge. Il résulte des tableaux de l'administration, que la mortalité des enfants est la moins grande possible dans les pays aisés, peuplés de bestiaux et surtout de vaches; la Normandie occupe le premier rang sous ce rapport. La couleur de la peau et des cheveux ne paraît pas avoir l'influence qu'on lui attribue généralement; mais sur neuf femmes rousses, cinq seulement ont offert les qualités convenables; enfin les conditions qui paraissent les plus importantes à cet égard, sont un certain état d'embonpoint général, et celui des mamelles en particulier, dans une proportion modérée.

VARIÉTÉS.

Ordonnance de police concernant le moulage, l'autopsie, l'embaumement et la momification des cadavres.

L'Association de Prévoyance des médecins de Paris, émue des dispositions de l'ordonnance du 25 janvier 1838, qui défend aux médecins de procéder à l'autopsie des cadavres avant d'avoir rempli de nombreuses formalités et obtenu l'autorisation de M. le préfet de police, décida, dans une de ses séances, qu'elle réclamerait auprès de ce magistrat la suppression de ces formalités, qui tendaient toutes à empêcher nos confrères de se livrer à l'examen des corps des malades décédés. La démarche était d'autant plus urgente, que déjà l'un de des membres de l'association, le docteur Thierry, avait été condamné par le tribunal de police correctionnelle pour ne s'être pas conformé au texte de l'ordonnance de police. M. Orfila, président et fondateur; M. Gibert, secrétaire général, et M. Vosseur, trésorier, se rendirent auprès de M. le préfet de police, qui promit de faire droit à leur demande, si tel était l'avis du conseil de salubrité. Ce conseil ayant appuyé les réclamations de l'association, une nouvelle ordonnance de police annulle celle du 25 janvier 1838, en ce qu'elle avait de contraire à la dignité des médecins et aux intérêts de la science.

Il suffira désormais, lorsqu'un de nos confrères de Paris voudra procéder à une autopsie, d'adresser une déclaration préalable au commissaire de police. C'est bien comprendre sa mission que de veiller ainsi à l'honneur et aux intérêts du corps médical, soulager efficacement l'infortune, prendre énergiquement la défense des médecins injustement attaqués, stigmatiser le charlatanisme et provoquer contre lui les peines qu'exige l'état actuel de la législation médicale; tel est le but que devait se proposer l'Association des médecins de Paris, pour se placer au rang des institutions éminemment utiles : ses actes prouvent suffisamment qu'elle n'a jamais reculé devant aucun de ses devoirs, et nous l'en félicitons.

Voici le texte de la nouvelle ordonnance de police:

6 septembre 1839.

Nous conseiller d'état, préfet de police,

Considérant qu'il importe que les cadavres ne soient soumis, avant les délais fixés par la loi pour procéder aux inhumations, à aucune opération capable de modifier leur état ou de transformer en décès réel une mort qui ne serait qu'apparente;

Considérant que l'autorité, chargée de veiller à la salubrité publique, doit fixer les délais qui peuvent être accordés, selon les circonstances, pour sursoir aux inhumations, et prescrire les mesures de précaution que nécessiterait la conservation des cadavres au delà du terme d'usage;

Vu les arrêtés du gouvernement des 12 messidor an VIII et 3 brum. an IX;

L'ordonnance de police du 25 janvier 1838, concernant les autopsies;

ORDONNONS ce qui suit:

ARTICLE PREMIER.

A Paris, et dans les autres communes du ressort de la préfecture de police, il est défendu de procéder au moulage, à l'autopsie, à l'embaumement ou la momification des cadavres avant qu'il se soit écoulé un délai de vingt-quatre heures depuis la déclaration du décès à la mairie, et sans qu'il en ait été adressé une déclaration préalable au commissaire de police, à Paris, et au maire, dans les communes rurales.

ART. II.

Cette déclaration devra indiquer que l'opération est autorisée par la famille; elle fera connaître, en outre, l'heure du décès ainsi que le lieu et l'heure de l'opération.

ART. III.

Les maires et les commissaires de police devront nous transmettre ces déclarations, après avoir constaté que l'on s'est conformé aux dispositions de l'art. 1er.

ART. IV.

Il n'est fait exception aux dispositions de la présente ordonnance que pour les cadavres des personnes dont le décès aurait été constaté judiciairement.

ART. V.

Les infractions aux dispositions qui précèdent seront constatées par des procès-verbaux qui nous seront adressés pour être transmis aux tribunaux compétents.

ART. VI.

Les dispositions de la présente ordonnance ne sont point applicables aux opérations qui sont pratiquées dans les hôpitaux et hospices, et dans les amphithéâtres de dissection légalement établis.

ART. VII.

L'ordonnance de police du 25 janvier 1838, concernant les autopsies, est rapportée.

ART. VIII.

Les sous-préfets des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les maires des communes rurales, les commissaires de police, le chef de la police municipale de Paris, les officiers de paix et les préposés de la préfecture de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance qui sera imprimée et affichée dans toute l'étendue du ressort de la préfecture de police.

Ampliation en sera adressée à M. le pair de France, préfet de la Seine, et affichée dans toute l'étendue du ressort de la préfecture de police.

Ampliation en sera adressée à M. le pair de France, préfet de la Seine, et à chacun de MM. les maires de la ville de Paris.

Le conseiller d'état, préfet de police,
G. DELESSERT.

—

Concours pour l'internat.

Nomination du jury.

La nomination des membres qui composeront le jury destiné à présider au concours public pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, qui sera ouvert le 14 prochain, dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, a été connue dès jeudi. Le jury se compose ainsi qu'il suit :

Médecins.

MM. Renauldin, de l'hôpital de Beaujon, juge titulaire.
Puche, de l'hôpital du Midi, *id.*
Sandras, du Bureau central, *id.*
Delarroque, de l'hôpital Necker, *id.*
Bounneau, de l'hôpital des Enfants, juge suppléant.

Chirurgiens.

MM. Richerand, de l'hôpital Saint-Louis, juge titulaire.
Boyer, de l'hôpital Saint-Louis, *id.*
Dubois (Paul), de l'hôpit. de la Clinique, *id.*
Malgaigne, du Bureau central, juge suppléant.

—

Le concours pour les prix des hôpitaux a été ouvert cette année deux mois avant l'époque ordinaire, afin de laisser aux juges le temps d'examiner attentivement les nombreux matériaux écrits présentés par les concurrents. Les membres du jury sont : MM. Guersent père, Marjolin et Cazenave. Les deux juges suppléants sont MM. Clément et Ricord.

—

Le Bureau central pour l'aliénation mentale, créé il y a quelques années à l'instar du Bureau central ordinaire, se composait de MM. Leuret, Scipion Pinel, Lelut, Voisin et Blanche. M. Scipion Pinel ayant donné sa démission, la place qu'il a laissée vacante sera donnée au concours. Voici le projet présenté au ministre par MM. les membres du conseil des hôpitaux :

« Le jury du concours pour une place vacante à Bicêtre, sera composé de trois médecins spéciaux attachés aux hôpitaux de Paris, de deux médecins ordinaires et de deux chirurgiens des hôpitaux tirés au sort ; suppléants : un médecin spécial et un chirurgien. »

C'est la première fois qu'un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécial dans les hôpitaux. Ainsi, la création d'un service spécial d'horthopédie d'un côté; un concours spécial pour une place de médecin d'aliénés de l'autre, n'est-ce pas reconnaître la supériorité pratique des *hommes spéciaux?*

—

— Une commission composée de MM. Orfila, président ; Gueneau de Mussy, Rayer, Piorry, Manec, Monod et Soubeiran, s'occupe en ce moment de l'examen d'un projet de règlement qui lui a été soumis par le Conseil général des hospices, concernant le régime alimentaire des hôpitaux. Il s'agit d'améliorations notables à introduire dans cette partie si importante du service; déjà la commission médicale, tout en adoptant les principales bases du travail de l'administration, lui a fait subir quelques modifications heureuses, et il y a lieu d'espérer que sous peu le nouveau règlement sera mis en activité.

— A l'avenir, les quatre questions qui forment le sujet des thèses dans les facultés de médecine du royaume, seront tirés au sort dès que les candidats auront subi le deuxième examen, c'est-à-dire après la douzième inscription révolue. Jusqu'à ce jour, le tirage de ces questions n'avait eu lieu qu'après le quatrième examen subi.

— Les concurrents inscrits pour la chaire de pathologie interne sont au nombre de quatorze, savoir :

MM. Piorry, Delmas, Gendrin, Dubois (d'Amiens), Cazenave, Requin, Guillot, Gouraud, Combette, Chrestien, Hourmann, C. Broussais, Alphonse Sanson, Legroux.

—La section de pathologie interne à l'Académie a fait, mardi dernier, en comité secret, son rapport, sur la prochaine élection :

Les candidats présentés sont : MM. Gauthier-Piédagnel, Dalmas, Chassaignac, Brière de Boismont et Sédillot.

—M. Ceely, chirurgien à Aylesbury, croit être parvenu à démontrer que le cow-pox et le virus variolique ont la même origine ; que le premier n'est que la petite vérole communiquée à la vache. M. Ceely a inoculé la variole à des vaches, et les pustules qui en sont résultées lui ont offert tous les caractères du cow-pox. M. Ceely a ensuite inoculé à des enfants du pus pris sur les pustules produites artificiellement chez la vache, et il a obtenu des pustules tout à fait semblables à celles du véritable vaccin. Pour avoir une contre-épreuve, M. Ceely inocula aux mêmes enfants du pus variolique sans produire la petite vérole. Déjà vingt-cinq inoculations ont été faites avec ce virus, qu'on pourrait appeler variole de la vache (*variola vaccina*), et chaque tentative a été couronnée de succès *(Bristol Journal — Gazette médicale)*

M. Alquier, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, a été, par ordonnance du 23 septembre, nommé médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris.

— M. le baron Michel, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros Caillou, vient d'être nommé membre du comité de visite de l'état-major de la première division militaire et de la place de Paris, en remplacement de M. Haren, médecin en chef d'armée, admis à la retraite.

— Le *Scalpel* se plaint de la manière dont l'enseignement clinique a été institué à Marseille. N'est-il pas inconcevable, dit-il, qu'une école se trouve sans chefs de clinique, et que les professeurs de clinique n'aient que quelques lits à leur disposition ?

—

Nouvel appareil pour la fracture de la rotule, par M. Malgaigne.

M. Malgaigne a récemment appliqué sur un malade de son service à la Charité, atteint d'une

fracture de la rotule, un appareil qu'il avait déjà conseillé dans son Anatomie chirurgicale, mais dont il n'avait pas encore eu l'occasion d'étudier les effets sur le vivant.

C'est une double griffe en acier qui s'implante, d'une part sur le bord supérieur, de l'autre sur le bord inférieur de la rotule; les deux griffes, jouant l'une sur l'autre, sont ensuite rapprochées de manière à ramener les fragments à un contact complet, ainsi maintenus à l'aide d'une vis de pression.

L'appareil a été appliqué le dimanche 8 septembre; aujourd'hui, neuvième jour, il est encore en place, et M. Malgaigne compte l'y laisser au moins jusqu'au quinzième ou dix-huitième jour. Il n'y a pas eu la moindre inflammation; jusqu'à présent même, les griffes implantées dans les chairs n'ont pas produit la moindre excoriation. Le malade est à la portion entière, et tout permet d'espérer un bon résultat.

—

L'association médicale du département de Maine-et-Loire, qui s'est formée sous les auspices des médecins et des pharmaciens les plus distingués d'Angers, a accepté la mission de poursuivre le charlatanisme, et de dénoncer aux autorités compétentes les faits d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Une première poursuite a déjà eu lieu devant le tribunal de police correctionnelle : le nommé Bigot, de Faye, qui avait été dénoncé au procureur du roi par les membres de la commission de l'association médicale, a été condamné. On ne saurait trop applaudir à l'honorable initiative prise par les médecins de Maine-et-Loire; nous engageons nos confrères des autres départements à suivre leur exemple.

—

On n'a pas oublié le crime horrible commis en 1826 par Henriette Cornier. Cette fille, qui demeurait rue de la Pépinière, avait conduit dans sa cuisine le jeune enfant d'un de ses voisins, et froidement lui avait coupé la tête.

Henriette Cornier fut livrée à la justice, et la théorie de la monomanie homicide, qui déjà s'était développée à l'occasion du crime de Papavoine, donna lieu de part et d'autre à de vives et nouvelles discussions. En l'absence de tout intérêt connu à la consommation de son crime, les médecins déclarèrent que l'état mental de l'accusée présentait des signes non équivoques d'aliénation, et ce fut sous l'influence de ces considérations que le jury, tout en déclarant l'accusée coupable du meurtre, écarta la circonstance de préméditation. Henriette Cornier fut condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

Depuis cette condamnation, plusieurs recueils de médecine légale ont rangé le crime d'Henriette Cornier au nombre des cas de monomanie homicide, et nous avons vu, dans plus d'une affaire criminelle, évoquer ce sanglant souvenir comme une preuve à l'appui des moyens de défense invoqués pour certains accusés.

Mais la vérité des faits devait plus tard donner un éclatant démenti aux conjectures aventureuses de la science, et détruire, du moins quant à une des preuves, les théories contre lesquelles trop souvent est venue échouer la vindicte publique.

Il paraît, en effet, que les confidences faites par Henriette Cornier à quelques-unes de ses compagnes de captivité à Clermont, ont révélé et la cause et la nature du crime qu'elle avait commis.

Henriette Cornier a avoué qu'après avoir eu des relations intimes avec le sieur B..., elle avait été délaissée pour une autre que, peu de temps après, B.... avait épousée. De ce moment Henriette conçut la pensée de se venger. Elle se plaça en service dans la rue qu'habitait son ancien amant, et elle parvint à inspirer assez de confiance à la dame B.... pour que celle-ci lui permît de venir quelquefois chez elle. Déjà elle avait conçu le projet de se venger de son amant et de sa rivale en égorgeant leur enfant. Pendant plusieurs mois elle vécut avec cette horrible pensée, et au moment où elle commit son crime, «elle fut bien, dit-elle, un peu touchée par les cris du pauvre enfant, mais *elle tenait à sa vengeance.*»

Ces abominables révélations sont arrivées, dit-on, à la connaissance de l'autorité au moment même où il s'agissait de prononcer sur la demande en grâce formée par Henriette Cornier.

Sa demande a été rejetée.

—

ERRATUM.

Dans le numéro de septembre 1839, page 141, 2e colonne, 2e paragraphe, *au lieu de :*

Ce ligament est entièrement dans la cavité cotyloïde. Il *paraît* inférieurement, etc., etc.

Lisez :

Ce ligament est entièrement dans la cavité cotyloïde. Il part inférieurement, etc., etc.

Le directeur de service, A. TROUSSEAU.

Imprimerie de Decourchant, rue d'Erfurth, 1.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 6. — DÉCEMBRE. 1839.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838.

Les différentes épidémies de fièvre puerpérale, malgré les analogies nombreuses qu'elles semblent présenter, offrent cependant, comme toutes les autres épidémies en général, des variétés et des dissemblances qu'il est important d'étudier et de consigner dans la science, si l'on veut parvenir à la découverte des lois pathologiques qui président à leur développement. Ce n'est qu'à l'aide de matériaux laborieusement amassés, que l'on peut espérer de voir un jour surgir, des rapprochements de faits isolés et de la comparaison de nombreuses histoires d'épidémies, dans lesquelles le génie pathologique aura épuisé toutes les formes, quelque grand et utile résultat.

Mais il est peu d'hommes qui aient consenti à se borner au simple rôle d'observateur, à suivre pas à pas une maladie dans sa marche, à noter un à un chacun des symptômes, et à les décrire servilement tels qu'ils s'étaient présentés, satisfaits, pour prix de leurs labeurs, d'avoir apporté dans la science quelques faits de plus. Presque tous, se débarrassant des lenteurs de l'analyse, et transformant en principes généraux les individualités qu'ils avaient observées, ont voulu tirer de leurs travaux une gloire actuelle, et ils n'y ont trouvé que fausses hypothèses et théories mensongères. C'est à ce défaut de patience dans l'observation et d'abnégation de soi-même, à cette hâte de généraliser trop vite, qu'est due, en grande partie, l'obscurité qui enveloppe aujourd'hui l'histoire de la fièvre puerpérale. Convaincu de la vérité de ces faits, quoique bien des livres aient été écrits sur cette partie de la pathologie des femmes en couche, j'ai pensé qu'il pouvait être encore de quelque utilité de donner une description de l'épidémie qui s'est manifestée, l'année dernière, à l'hôpital des Cliniques.

J'essaierai d'abord de donner une idée générale de la maladie, en la dégageant des complications, des coïncidences, de toutes ces conditions individuelles et idiosyncrasiques qui auraient masqué nécessairement sa physionomie. Puis, arrivant aux détails, je donnerai l'analyse des causes locales ou générales qui paraissent avoir exercé une certaine influence, les caractères des lésions révélées par l'anatomie pathologique, la description de chaque symptôme en particulier, et enfin le résultat des diverses méhodes thérapeutiques qui ont été employées.

Dans l'histoire des épidémies de fièvre puerpérale, s'il a été commun de voir cette maladie affecter des formes différentes suivant les pays et les époques, sans qu'il fût possible de présumer la cause de ces allures si bizarres; du moins chacune de ces épidémies avait le plus souvent un caractère particulier qui la dominait tout entière, et pendant toute sa durée. Ainsi, en 1782, à l'Hôtel-Dieu de Paris, l'état saburral du tube digestif imprime un type général à la maladie; Doulcet a recours à l'épicacuanha, et cette médication, toujours la même, employée chez tous les malades, donne constamment des résultats heureux. En 1790 et 1791, dans le comté d'Aberdeen, l'épidémie est remarquable, chez toutes les femmes, par une céphalalgie intense, un large développement du pouls et d'autres symptômes non douteux d'une affection inflammatoire; Gordon prescrit les saignées, emploie chez tous ses malades ce moyen thérapeutique et il voit tous ses malades guérir. L'épidémie qui a régné à l'hôpital des Cliniques a été moins uniforme dans sa marche; au milieu de conditions hygiéniques partout les mêmes, dans les mêmes salles, et presqu'au même moment, elle se développait sous deux formes éminemment différentes.

Première forme. Dans la première forme, qui doit être désignée sous le nom de fièvre puerpérale inflammatoire, la maladie débutait par un frisson peu intense et d'une durée variable, mais ordinairement moins prolongé

que dans la seconde forme ; presqu'en même temps, ou quelques instants après, survenait dans la région épigastrique une douleur vive, le plus souvent limitée. Tantôt elle n'existait que dans une des fosses iliaques, ou dans toutes les deux à la fois, tantôt à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, correspondante à la face antérieure et au fond de l'utérus. La manifestation de ces douleurs était accompagnée d'une réaction générale vive. Le pouls, qui, pendant le frisson, avait été petit et souvent presque insensible, se relevait, prenait de la résistance sous le doigt et battait cent dix, cent vingt, cent trente fois par minute. La peau devenait brûlante et couverte de sueur; la face, auparavant pâle, présentait un aspect animé, les yeux étaient brillants; puis survenait une céphalalgie frontale, quelquefois très-intense, en même temps qu'une accélaration très-marquée dans la respiration. Cette première période se terminait par des sueurs abondantes suivies d'un abattement extrême des forces. Il n'y avait encore ni diarrhée, ni vomissements, ni météorisme. Cet ensemble de symptômes indiquait suffisamment qu'on devait recourir à un traitement anti-phlogistique ; une saignée de deux palettes et une application de trente sangsues sur l'abdomen, dès le début des accidents, secondées par une potion purgative, entravaient ordinairement la maladie, dans les cas les moins graves. Je sais qu'alors, surtout si l'on songe que ces accidents phlegmasiques se manifestaient très-souvent à l'époque de la fièvre de lait, on pourra dire qu'il ne s'agissait pas ici de véritable fièvres puerpérales; et cela arrive dans toutes les maladies que l'on ne peut, sur les premiers symptômes seuls, asseoir un diagnostic inattaquable; mais l'observation montrait chaque jour que ces accidents étaient bien la fièvre puerpérale inflammatoire à son début. Déjà depuis longtemps Stoll avait signalé l'invasion de cette maladie à l'époque où commence la sécrétion laiteuse, quand il dit qu'elle peut être causée par une fièvre de lait trop forte, trop longue ou mal traitée : *Febris lactea validior, diuturnior, malè curata.* Combien de fois n'ai-je pas vu, lorsque ces premières atteintes étaient négligées comme des phénomènes un peu exagérés de la fièvre de lait, ou lorsqu'on n'employait pour les combattre que des moyens insuffisants, la douleur abdominale, d'abord circonscrite s'étendre à tout le reste de l'abdomen et vers les reins, le ventre se ballonner, les nausées survenir, la face se décomposer, et la maladie apparaître tout-à-coup avec ses formes épidémiques si terribles! Dans quelques cas heureux, on pouvait encore réparer le mal déjà fait; mais ce n'était qu'à cette condition de l'attaquer avec énergie par les émissions sanguines et les purgatifs, car l'affection n'avait pas répudié son premier caractère.

Cette nature inflammatoire ne se révélait pas toujours d'une manière aussi tranchée ; il fallait épier avec soin chaque symptôme, faire la part de la constitution du sujet, de l'influence épidémique, et la rechercher quelquefois là où elle aurait semblé au premier coup d'œil ne pouvoir exister. Ainsi, chez certaines femmes qui, après un frisson de plus d'une demi-heure, avaient l'air profondément abattu, avec le visage pâle, le pouls rapide et concentré, on voyait, sous l'influence d'une première saignée, le pouls se relever, la peau se couvrir d'une sueur abondante, une céphalalgie très-forte survenir, et on était obligé de recourir aux émissions sanguines que l'on n'avait employées une première fois qu'en tremblant. Mais il fallait, dans son investigation, apporter l'attention la plus sévère et, le diagnostic une fois porté, mettre encore la plus grande réserve dans l'emploi du traitement, afin que la malade ne payât pas de sa vie une erreur. La première saignée était toujours peu abondante, afin de tâter, pour ainsi dire, le système circulatoire, et si, au lieu de s'affaiblir, le pouls se relevait, on ouvrait de nouveau la veine; si, au contraire, la réaction n'arrivait pas rapidement, il fallait aussitôt renoncer à ce moyen, qui ne pouvait être que nuisible. Cette forme de la fièvre puerpérale cédait ordinairement assez vite à l'emploi de moyens anti-phlogistiques; elle eut quelquefois une terminaison funeste, mais elle était loin de présenter la même gravité que l'autre forme que je vais décrire.

Seconde forme. — Celle-ci, que j'appellerai fièvre puerpérale typhoïde, avait un caractère épidémique plus marqué que la première. Rapide dans son développement comme dans son invasion, effrayante par le nombre et l'intensité de ses symptômes, résistant à tout moyen thérapeutique, elle marchait le plus souvent, et d'une manière invariable, à une terminaison funeste. Alors le frisson initial apparaissait à une époque plus rapprochée de l'accouchement, et parfois le même jour, ou quelques heures après; il se montrait dès le début dans toute sa force, se prolongeait longtemps, était plus tenace que dans la première forme, et persistait malgré tous les moyens employés pour réchauffer les femmes.

La douleur s'éveillait avec le frisson, non plus circonscrite et peu intense, mais s'étendant en même temps par tout l'abdomen, du côté des reins, et si vive, que les maladies ne pouvaient supporter le poids d'un cataplasme ou d'une couverture. Le météorisme n'attendait plus quelques jours pour se développer et commençait presque simultanément avec les douleurs. Le pouls faible, ondulant, très-dépressible, donnait jusqu'à cent quarante, cent cinquante pulsations par minute, acquérait parfois une telle fréquence, qu'il était difficile de les compter; la respiration était accélérée dès les premiers jours, et l'anxiété des malades extrême; les yeux étaient sans expression, la face pâlie, couverte d'une sueur visqueuse et luisante comme du vernis, et toute la physionomie profondément altérée. Puis survenaient deux autres accidents plus graves encore : une diarrhée fétide, abondante, qui épuisait rapidement la constitution,

des vomissements de matières vertes que rien ne pouvait arrêter, et qui persistaient souvent jusqu'à la mort. Les malades, ainsi envahies par le mal, succombaient dans l'espace de quelques jours, quelques heures, et presque toujours l'intelligence était restée nette jusqu'aux derniers moments.

Il est aisé de voir, au premier coup d'œil, quelle énorme distance existait entre ces deux formes de la fièvre puerpérale. Quoique l'influence épidémique les dominât toutes les deux, elles avaient conservé chacune leur caractère particulier, l'un inflammatoire, l'autre éminemment typhoïde. Et, sans accorder trop aux symptômes, quelle différence dans l'invasion des accidents, dans l'efficacité des moyens thérapeutiques, et surtout dans les résultats!

Etiologie.—Ce n'est pas seulement pour la fièvre puerpérale, que l'histoire des causes est pleine d'incertitude; il en est de même pour toutes ces fièvres graves, dont la nature est inconnue, qui affectent si puissamment l'organisme entier, et que l'on a voulu, toujours vainement, rattacher à une lésion locale. On a beau observer avec soin les moindres circonstances qui ont précédé ou accompagné le début de la maladie, les grouper avec art, on est bientôt forcé de les regarder comme de simples coïncidences, des prédispositions, ou, tout au plus, comme des causes occasionnelles. Sans négliger tous ces faits de second ordre, si divers et quelquefois si opposés entre eux, tous ces accidents si variables dont on a composé une longue liste de causes de la fièvre puerpérale, il faut chercher en dehors d'eux une puissance plus générale qui domine toutes les autres. Il serait difficile de comprendre autrement le développement d'une maladie qui affecte des formes épidémiques si bien tranchées, envahit tout-à-coup un hôpital, une ville, une contrée, apparaît partout au même moment, grandit avec une rapidité que nul traitement n'arrête, disparaît pendant quelque temps pour revenir encore, sans qu'aucun changement appréciable ait été opéré dans les conditions où se trouvaient les malades. Les constitutions atmosphériques, souvent invoquées, quoique bien peu connues encore, et l'infection, me semblent seules, par leur mode d'action si puissant, si étendu, si imprévu, si variable, expliquer une maladie qui tue tout ce qu'elle frappe, qui ne met pas de bornes à son développement, ne s'annonce par aucuns prodromes, et se manifeste sous des formes toujours nouvelles.

Dans l'épidémie que j'ai eu occasion d'étudier, j'ai cherché à apprécier la part qui leur revenait, en même temps qu'à déterminer la valeur de toutes ces circonstances accessoires qui, ordinairement sans effet, peuvent cependant favoriser d'une façon très-efficace des causes déjà assez puissantes par elles-mêmes. J'examinerai successivement, comme causes essentielles, les constitutions atmosphériques, l'infection qui se développe dans tout hôpital où se trouvent réunies un grand nombre de femmes en couches, et la contagion. J'étudierai, comme circonstances favorables au développement de l'épidémie, les écarts de régime durant le temps de la grossesse, les maladies aiguës ou chroniques existant antérieurement à l'accouchement. Je rechercherai surtout quelle est la valeur de ces autres circonstances occasionnelles, sans résultats à toute autre époque, mais suffisantes pour la manifestation d'une cause générale déjà prête, qui aurait peut-être agi seule, mais qui reçoit de ces nouveaux accidents plus de rapidité dans son développement, plus d'énergie dans sa marche. Ce sont, l'ébranlement profond imprimé à toute l'économie par une grossesse pénible, un accouchement laborieux, des manœuvres plus ou moins intelligentes; ce sont encore un accouchement très-prompt, des pertes utérines abondantes, la rétention dans la cavité utérine de caillots ou d'une portion de placenta putréfiés, enfin les tranchées qui succèdent à l'accouchement.

Comme dans toutes les maladies épidémiques dont l'étiologie est obscure, on rechercha la cause de la fièvre puerpérale dans les influences atmosphériques, et, à une certaine époque, on pensa l'avoir réellement trouvée dans une des principales modifications, ou du moins une des mieux appréciées de l'atmosphère, le froid et surtout le froid humide. C'était, après des investigations nombreuses faites à l'étranger, et dans toute l'étendue de la France, que Doublet arrivait à cette conclusion, que les pays froids étaient ceux où les suites de couches étaient les plus fâcheuses. Et les recherches de Chaussier, de Delaroche, de Ténon, de Dugès, de A.-C. Baudelocque viennent encore à l'appui de cette opinion. Mais d'un autre côté Nolte, après des recherches également consciencieuses, obtient des résultats entièrement opposés, et pose en principe que les régions et les saisons chaudes sont très-favorables au développement de la fièvre puerpérale. Sans compter pour rien les grands noms de White, de Thomas Cooper, qui partagent cette dernière opinion, les statistiques qui nous parviennent de l'Allemagne montrent combien les assertions de Doublet éprouvent de fréquents démentis. Ainsi, en Prusse, on a calculé que la mortalité des femmes en couches était à la mortalité observée en France comme 1 est à 3. Il y a six mois, ce n'est pas sans quelque surprise que j'appris d'un jeune médecin, accoucheur-adjoint à Heidelberg, que dans les maisons d'accouchement de Vienne et de toute l'Allemagne, la mortalité était bien moins grande qu'en France. Je sais qu'il est difficile de tirer quelques conclusions rigoureuses de simples renseignements ou de statistiques recueillies à l'étranger, parce que l'authenticité des uns n'est pas suffisante, et qu'il faudrait parfaitement connaître les conditions hygiéniques des établissements qui ont fourni les autres. Mais il suffit de consulter les tables de Ténon, représentant l'état exact de la mortalité à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, pour voir combien est peu constante l'action des saisons froides.

Ainsi, en 1776, il y a huit décès pendant le mois de juillet, aucun en septembre et en octobre, un seul en novembre. Dans l'année 1778, nous trouvons quarante-quatre décès en avril, trente-trois en mars, onze en juin, aucun en novembre, et huit seulement en décembre; sur cent soixante-deux décès, il y en a cent huit pour les six mois chauds de l'année, et cinquante-quatre seulement pour les six mois les plus froids.

Encore, dans toutes ces statistiques, ainsi isolées, que de sujets d'erreurs! on a noté avec grand soin la mortalité dans les diverses saisons de l'année, et on ne dit point quel est le nombre des accouchements en rapport avec cette mortalité; on oublie d'indiquer si des variations notables ont existé dans la température au moment des épidémies. Personne cependant n'ignore quelle funeste influence ont sur les maladies ces changements subits dans les conditions atmosphériques. Pour ne citer qu'un seul fait à l'appui de ce que j'avance, cette année même, à l'hôpital des Cliniques, aucun cas de fièvre puerpérale n'avait été observé depuis quelques mois, lorsque, dans le commencement de juillet, aux chaleurs très-fortes qui avaient régné pendant quelques jours, succède un refroidissement subit, une véritable température d'automne, et quatre femmes meurent en une semaine. Certes, on n'aurait pas manqué d'attribuer aux chaleurs de juillet ce qui était au contraire produit par le froid, ou plutôt par une variation brusque dans la température

Mais il est une autre remarque plus importtante, c'est que plusieurs accoucheurs ont confondu l'action du froid, agissant comme cause épidémique essentielle, avec celle du froid, simple cause occasionnelle. Le premier mode d'influence me semble pouvoir être nié avec raison, le second ne saurait l'être. A l'hôpital des Cliniques, où les infirmeries, tous les jours ouvertes aux élèves, ne peuvent conserver une température toujours égale; où les femmes, durant un temps quelquefois assez long, restent découvertes sur le lit de douleur, tandis que la porte de la salle est sans cesse ouverte par chaque nouvel arrivant; où les accouchées, pour être transportées de la salle d'accouchements dans les infirmeries, ont à traverser un large escalier dans lequel l'air du dehors arrive librement, j'ai souvent observé des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. Toutes ces circonstances doivent entrer en ligne de compte, quand il s'agit de faire la part du froid comme cause des épidémies de fièvre puerpérale.

Que conclure de ces observations si différentes et de ces résultats opposés présentés par les auteurs, sinon que la fièvre puerpérale peut se développer dans tous les climats et toutes les saisons. Dans l'épidémie qui s'est manifestée à l'hôpital des Cliniques, pendant l'année 1838, les faits viennent encore à l'appui de cette opinion. La mortalité a été à peu près la même dans les mois chauds et dans les mois froids.

Les nouvelles accouchées ont succombé dans la proportion suivante :

Une en février, quatre en mars, trois en avril, quatre en mai, six en juin, deux en juillet, deux en août, deux en novembre. Il n'y eut aucun décès en septembre, octobre, décembre et janvier. Cependant ces deux derniers mois sont les plus froids de l'année. En résumé, il y a eu dix décès pour les mois froids, février, mars, avril et novembre, quatorze pour les mois chauds, mai, juin, juillet et août. Ce résultat serait tout entier en faveur de l'opinion de White, si je ne me proposais de faire voir que cette mortalité, plus grande en été, a eu d'autres causes que les chaleurs.

De l'impuissance des températures froides ou chaudes dans le développement des épidémies de fièvre puerpérale, il ne faut pourtant pas conclure l'impuissance des constitutions atmosphériques en général; c'est à elles qu'il faut attribuer ces grandes épidémies qui envahissent tout à coup un contrée entière, se montrent sur tous les points en même temps, et partout avec la même forme; c'est encore à elles que sont dus ces cas isolés de fièvre puerpérale, que l'on rencontre dans la pratique civile, chaque fois qu'une épidémie règne dans nos hôpitaux; quant à la nature de ces constitutions particulières, il faut franchement avouer notre ignorence, et nous borner à constater des résultats. Mais nous pouvons, en observant leur mode d'action dans des circonstances bien connues, en rapprochant leurs effets différents suivant les diverses localités, apprécier l'étendue de leur puissance. Ainsi à l'exception de ces grandes époques épidémiques, qui n'apparaissent que de loin en loin, quand on voit dans la pratique civile les fièvres puerpérales ne présenter que des cas isolés et peu graves, alors même qu'elle désole nos hôpitaux, n'est-on pas en droit de penser que la constitution atmosphérique qui a présidé à son développement n'a pas agi seule? Ne faut-il pas supposer que dans nos maisons d'accouchement, il existe des conditions particulières qui, non-seulement impriment à la maladie une forme épidémique, mais encore prolongent sa durée en même temps qu'elles lui donnent un caractère plus terrible. Ces causes ne sont pas moins puissantes que la première, ce sont l'infection et peut-être la contagion.

Il y a quarante ans, quand plusieurs salles de l'Hôtel-Dieu étaient affectées au service des femmes en couches, d'après des calculs exacts la mortalité était d'un sur quinze et une fraction, tandis qu'elle n'était que d'un sur cent dix à Dublin, d'un sur cent vingt-huit à Manchester, d'un sur trente et un à Londres. On était justement alarmé, dit Ténon, de voir qu'en aucun endroit de l'Europe, en aucune ville, en aucun village, en aucun hôpital, rien n'était comparable à la perte qu'on faisait des accouchées à l'Hôtel-Dieu de Paris. C'est qu'alors toutes les conditions les plus favorables au développement de l'infection se trouvaient comme à dessein réunies, et on ne lira pas

sans étonnement ces lignes écrites par Ténon: « L'emploi des femmes grosses renferme soixante-sept grands lits et trente-sept petits; il était occupé le 12 janvier 1786 par cent soixante-quinze femmes grosses ou accouchées et par seize personnes de service. La situation des nouvelles accouchées est encore plus déplorable; elles sont de même deux, trois, quelquefois quatre dans le même lit, les unes à une époque de leurs couches, les autres à une autre époque.

N'est-ce pas dans ces lits que sont confondues les accouchées saines avec les malades, avec celles qui sont atteintes de cette fièvre puerpérale qui en fait tant périr? Quelle santé tiendrait à cette affreuse situation? quelle maladie n'en serait pas accrue? »

Depuis cette époque, on a créé de nouvelles maisons d'accouchements qui devaient réunir les meilleures conditions hygiéniques possibles; des améliorations notables furent apportées dans l'organisation de ces hôpitaux, et cependant la mortalité est loin d'avoir diminué, en raison des efforts faits pour la combattre. M. A.-C. Baudelocque a montré qu'à la maison d'accouchements la mortalité était d'une sur vingt-deux accouchées; à l'hôpital des Cliniques dans l'année 1838, elle a été d'une sur vingt et une fraction, et les années précédentes présentent à peu près le même résultat. La mortalité de l'Hôtel-Dieu n'était que d'un sur quinze! C'est que dans ces améliorations, on n'a attaqué qu'incomplétement la cause la plus puissante, de la mortalité, en même temps qu'on laissait subsister d'autres causes secondaires particulières à chaque établissement et qui, réunies, ne laissaient pas d'avoir une influence des plus funestes. M. Baudelocque, dans son excellent ouvrage sur la métropéritonite, a parfaitement apprécié toutes les causes d'insalubrité qui existent à la maison d'accouchements; je ne parlerai ici que de celles que présente l'hôpital des Cliniques.

Dans cet établissement destiné à l'instruction des élèves, et qui devait servir de modèle à toutes les autres maisons d'accouchements, on a cherché, avec une sollicitude qui ne saurait mériter trop d'éloges, à écarter les moindres causes de mortalité. Quatre salles seulement sont destinées au service de seize nouvelles accouchées; elles sont situées au premier étage, au-dessus de la pharmacie et de la chambre de garde des élèves, également éloignées de la salle destinée aux nourrices et des dortoirs des femmes enceintes. Chacune d'elles est isolée des autres et donne sur un large corridor où l'air extérieur peut arriver facilement. D'une forme presque carrée, elles ont vingt et un pieds dans un sens et vingt-quatre dans l'autre, les plafonds sont élevés de seize pieds, ce qui donne deux mille pieds cubes d'air pour chaque femme. Ajoutez à cela qu'au moyen de larges portes vitrées et de fenêtres qui ont presque toute la hauteur des salles, on peut, en quelques instants, renouveler complétement l'air. On avait donné, comme cause puissante d'épidémie, l'habitude de laver les salles à grande eau, même en hiver, et ici elles sont cirées; on avait aussi insisté sur l'inconvénient d'accumuler, dans un cabinet placé au bout des infirmeries, les couches chargées de vidanges, et en effet tous ces linges imbibés de matières déjà putréfiées et infectes exhalent, surtout pendant l'été, une odeur insupportable qui doit concourir puissamment à la viciation de l'air; à l'hôpital des Cliniques, ce cabinet est placé près des fosses d'aisances, loin des infirmeries et les miasmes s'échappent par une fenêtre située en arrière des salles.

Malgré toutes ces précautions éclairées, les épidémies se développent encore dans cet hôpital presque chaque année, et la mortalité y est à peu près la même qu'à la maison d'accouchements. Je crois que l'on doit chercher la cause de ces faits dans quelques circonstances particulières, le voisinage des pavillons d'anatomie et la situation des dortoirs destinés aux femmes enceintes. Deux des salles des infirmeries, la salle d'accouchements, celles des femmes grosses donnent directement sur l'école pratique, dont elles ne sont séparées que par une cour étroite et par un mur qui ne s'élève que jusqu'au milieu du premier étage. On s'aperçoit peu en hiver de la présence des pavillons, quoique leur influence délétère n'en continue pas moins à s'exercer; mais pendant les chaleurs de l'été, l'odeur qu'ils exhalent est quelquefois tellement infecte, que, dans certaines heures du jour, on est obligé de fermer les fenêtres donnant de ce côté. Dans le relevé des décès de l'année 1838, on a vu que la mortalité avait été plus grande en été qu'en hiver, ce qui n'est point ordinaire, et que le mois de mars comptait seulement quatre femmes, tandis que le mois de juin en comptait six. Ne pourrait-on, avec quelque raison, attribuer cette différence assez notable à la cause que je viens de signaler?

Je parlerai encore d'une autre disposition qui ne doit pas contribuer médiocrement à augmenter les chances d'infection. Les dortoirs des femmes enceintes, situés dans l'étage le plus élevé de la maison, sous les toits, n'ont que des fenêtres à tabatière qui, comme on le sait, ne peuvent jamais s'ouvrir qu'en partie. Il est ainsi fort difficile de renouveler l'air, et, pendant les temps chauds, la température y est ordinairement de vingt-six degrés centigrades. Une chaleur aussi élevée, nuisible pour toutes les constitutions, doit l'être bien plus encore pour des femmes dont la respiration est gênée, qui ne prennent quelque exercice qu'avec la plus grande difficulté, et qui sont réunies en assez grand nombre.

Mais je ne puis, à ce sujet, partager l'opinion de M. A.-C. Baudelocque, qui, faisant une grande part à la viciation de l'air dans la production de la fièvre puerpérale, lui attribue une influence plus grande sur les nouvelles accouchées que sur les femmes enceintes. Voici comment il s'exprime : « Il est bien certain que la femme, parvenue à la fin de sa grossesse, introduit moins d'air dans les poumons que quand elle est accouchée; et quoique

les mouvements d'inspiration et d'expiration soient un peu plus fréquents, je crois qu'il n'y a pas compensation entière, et que pendant la grossesse la femme vit avec une inspiration moins grande, moins étendue. D'après cela la femme doit absorber moins de miasmes pendant sa grossesse qu'après ses couches.» Mais où sont les preuves de cette assertion? Comment apprécier que la respiration rapide des femmes enceintes ne compense pas la respiration plus profonde des nouvelles accouchées? Comment savoir que les unes absorbent plus que les autres? A raisonner ainsi par simple induction, ne serait-on pas plutôt porté à conclure que le sang qui doit soutenir deux existences, celle de la mère et celle du fœtus, puise dans l'air plus de matériaux que celui qui ne doit servir qu'à celle de la mère?

J'ai dit plus haut qu'outre les causes d'infection particulières à chaque maison d'accouchements, il en existait une autre qui leur était commune à toutes, c'est la réunion d'un grand nombre de femmes accouchées sur un même point. Je ne veux pas parler ici de l'encombrement, que tous les auteurs ont signalé comme une cause de mortalité puissante, et qui en effet ne peut pas avoir sur les nouvelles accouchées une action moins funeste que sur les autres malades, mais bien du seul fait de la réunion. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu de Paris, alors qu'on avait affecté au service des femmes en couches un local assez vaste, où les lits étaient convenablement espacés, dans l'année 1831 il se manifesta une épidémie de fièvre puerpérale; M. Nonat, à qui j'emprunte ces faits, raconte que M. Caillard ayant diminué le nombre des nouvelles accouchées, l'épidémie, *par une coïncidence vraiment curieuse,* cessa à la même époque. «Mais, ajoute-t-il plus loin, nous ne tardâmes pas à constater que la cause de l'épidémie ne nous était pas connue, car elle reprit une nouvelle intensité malgré les précautions que nous eûmes de ne laisser qu'un petit nombre de femmes dans la même salle.» Je crois que l'on doit tirer d'autres conclusions de ces faits. D'une part il reste constaté que l'épidémie a cessé dès qu'on a diminué le nombre des femmes, et rien ne prouve qu'il y ait eu simple coïncidence; d'une autre part, rien ne prouve non plus que la nouvelle épidémie qui survint n'eût pas été plus meurtrière sans les précautions déjà prises. Cette réunion d'un grand nombre de nouvelles accouchées, dont les effets désastreux sont de toute évidence, ne saurait être efficacement combattue par l'isolement, au moyen d'une cloison et d'un rideau, comme à l'hôpital de la Maternité; il faudrait des établissements multiples, bien situés, convenablement distribués, très-vastes, et ne contenant chacun qu'un petit nombre de femmes; à ce prix-là seul on pourrait espérer la cessation de ces épidémies annuelles qui déciment les femmes en couches.

Par ce nouveau mode d'établissements on se mettrait encore à l'abri de la contagion, dont l'action, si elle n'est pas parfaitement prouvée, est au moins douteuse. M. Dugès rejette cette cause de fièvre puerpérale, M. Baudelocque reste dans le doute, et M. le professeur Dubois, presque malgré lui, penche vers la contagion. Je l'ai entendu souvent recommander de ne point placer une nouvelle accouchée dans le lit où une malade venait de mourir, et même de la mettre dans une autre salle. Ces précautions ne sembleront inutiles qu'à ceux qui n'auront pas eu occasion d'observer une épidémie de fièvre puerpérale. Deux fois j'ai vu une nouvelle accouchée, placée dans un lit que venait de quitter une femme qui avait été atteinte de cette maladie, être prise d'accidents graves, et l'une d'elles succomber, tandis que les autres femmes, placées dans la même salle, n'éprouvaient rien de particulier. A ces observations je joindrai deux faits que je dois à l'extrême obligeance de M. Dubois. L'année dernière, une des élèves de la Maternité, qui n'était point enceinte, succomba pendant une épidémie à la maladie régnante dont elle présenta les symptômes et les caractères anatomiques. On pourra invoquer ici l'infection seule, les conditions hygiéniques les mêmes pour cette jeune fille que pour les nouvelles accouchées, mais on ne peut s'empêcher de douter. L'autre fait est encore plus remarquable. M. Depaul, interne à la Maternité, avait déjà une fois accouché en ville une dame dont les suites de couche avaient été fort heureuses; ayant eu occasion de lui donner encore une fois ses soins, mais à une époque où une épidémie régnait à la Maternité, et très-peu de temps après qu'il venait de faire une autopsie dans cet hôpital, il vit bientôt sa malheureuse malade prise de tous les symptômes d'une fièvre puerpérale à laquelle elle succomba. Trouvera-t-on dans ce fait une simple coïncidence? Ne doit-on pas plutôt croire que M. Depaul avait apporté par sa présence, ou bien par le toucher, les germes de la maladie au milieu de laquelle il vivait? Certes, de tous ces faits on ne peut tirer comme conclusion rigoureuse la preuve de la contagion, mais ils montrent que dans une maladie dont l'étiologie est si pleine d'obscurité, on ne doit rien négliger pour écarter toute cause, ne fût-elle pas de la dernière évidence.

Tout en ne reconnaissant comme véritables causes de la fièvre puerpérale que celles que je viens de citer, je suis cependant loin de méconnaître combien leur action se trouve favorisée par certaines circonstances secondaires qui, chez quelques individus, ont comme préparé l'invasion de la maladie. Les seules dont je parlerai sont les écarts de régime pendant la grossesse, une alimentation insuffisante et toutes le privations de la misère.

Parmi les nombreux écarts de régime auxquels se livrent si souvent les femmes enceintes, le seul que j'aie eu occasion de bien observer est l'abus de liqueurs spiritueuses. Avant d'avoir examiné les faits avec une sérieuse attention, on serait tout d'abord porté à croire que, durant la grossesse, alors qu'il existe un trouble déjà si considérable dans la

circulation et dans l'innervation, l'abus des spiritueux viendrait encore apporter de nouveaux désordres dans l'économie et produirait les résultats les plus funestes ; c'est aussi l'opinion qu'ont émise plusieurs auteurs, mais ce n'est pas ce que j'ai observé. Il est bien évident que tout acte en dehors de la vie régulière, que tout excès exerce une influence peu favorable sur la santé ; mais de là à devenir une cause d'accidents aussi graves que ceux dont il s'agit ici, il y a une énorme différence. J'ai eu plus d'une fois, pendant l'année qui vient de s'écouler, l'occasion de soigner des femmes qui s'étaient fortement adonnées à la boisson durant toute leur grossesse, et dont quelques-unes arrivaient à l'hôpital tellement ivres, qu'elles ne pouvaient ni faire un pas ni allier quelques paroles raisonnables ; l'accouchement commencé s'achevait, et dans aucun cas je n'ai vu survenir de fièvre puerpérale.

L'épuisement produit par la misère, par une alimentation insuffisante ou de mauvaise nature, est au contraire une des prédispositions les plus fâcheuses. Sydenham a insisté avec raison sur cette cause des fièvres chez les femmes en couches, et il écrivait : « Pauperio- » res, hinc parcè maleque pastæ vel et aliæ ex » causâ quâcumquè antecedente debilitatæ, » febrim pituitosam, longam, miliarem in » puerperio sæpius experiuntur. » Malgré tout le soin avec lequel les malades cherchent à cacher leur position malheureuse, j'ai pu obtenir des aveux en plusieurs circonstances et constater des résultats qui confirmaient pleinement l'pinion de Sydenham. Les faits de ce genre ne sont pas rares, et dans le courant de ce Mémoire je citerai les observations de deux femmes, dont l'une, ayant éprouvé des dégoûts invincibles, des vomissements continuels pendant sa grossesse, était parvenue à un état de maigreur extrême, dont l'autre, abandonnée par son mari, réduite à la plus affreuse misère, ne pouvait souvent faire qu'un repas par jour, et toutes les deux ont été emportées par l'épidémie.

Quoique l'on puisse apprécier, du moins en partie le mode d'action des prédispositions, leur étude présente cependant moins d'intérêt que celle des causes occasionnelles dont la liaison avec le début de la fièvre puerpérale semble si directe, que plus d'un praticien les a regardées comme des causes essentielles. Je ne m'arrêterai point à celles dont l'influence est au moins douteuse, telles que la rétention d'urine, la constipation, etc., etc. Je ne dirai rien non plus de l'action du froid dont j'ai déjà parlé à propos des constitutions atmosphériques, ni de la suppression des lochies et de la sécrétion laiteuse que je regarde comme un résultat et non comme une cause de la maladie. Je ne parlerai ici des causes dont l'influence me paraît évidente, et dont j'ai été à même de constater la valeur.

En première ligne, je placerai un accouchement laborieux, soit que la terminaison ait eu lieu par les seuls efforts de la nature, soit qu'elle ait exigé les secours de l'art. Si à une certaine époque on a élevé quelques doutes sur l'influence funeste des manœuvres pratiquées sur l'utérus, je pense qu'aujourd'hui un examen plus exact des faits l'a surabondamment prouvée ; et ce résultat pouvait être présumé *a priori*, en songeant combien il faut quelquefois employer de force et de temps dans ces manœuvres, quel ébranlement on ajoute à l'ébranlement pour ainsi dire physiologique, produit par la grossesse elle-même. Ainsi, pendant neuf mois, ce sont des salivations, des nausées, des vomissements, des diarrhées interminables qui permettent parfois à la malade de digérer assez pour vivre ; ce sont des hémorrhagies fournies par la muqueuse des bronches, des forces nasales, de l'estomac, du rectum ; ce sont une respiration pénible, des troubles profonds dans la circulation et dans l'innervation, et quand, dis-je, pendant neuf mois entiers la constitution a été ainsi débilitée, pouvait-on supposer qu'on l'ébranlerait encore par des manœuvres impunément. M. Dugès a constaté que sur quatre cent cinquante-six péritonites, trente-deux avaient eu lieu à la suite d'une parturition artificielle, ce qui donne la proportion d'un sur quatorze. Ce chiffre énorme, quand on songe combien les versions sont rares, et combien depuis longtemps on est sobre d'applications de forceps, paraîtrait bien plus considérable, si on avait mis en regard le nombre des femmes dont l'accouchement a été artificiel et qui ont échappé à la maladie. Il est, dans ces calculs, encore une autre considération qu'il ne faut pas oublier, c'est que ces manœuvres obstétricales ne sont jamais que des causes occasionnelles. Aussi les accouchements les plus laborieux ne sont souvent suivis d'aucun accident quand l'état sanitaire des salles est satisfaisant, tandis qu'ils seront presque certainement mortels à l'époque d'une épidémie.

A l'hôpital des Cliniques, pendant l'année 1838, onze applications de forceps ont été faites ; dans ce nombre, cinq ont été suivies de fièvre puerpérale dont quatre ont eu une terminaison funeste. Trois fois la version fut pratiquée, et une fois il survint des accidents. Ainsi sur quatorze femmes dont les accouchements réclamèrent des manœuvres, six furent atteintes de fièvre puerpérale et quatre succombèrent ; cependant presque toutes ces opérations avaient été pratiquées par M. le professeur Dubois ! Maintenant, que l'on consulte le tableau que j'ai donné de la mortalité, et on verra que ce fut précisément dans les mois où la maladie sévissait le plus que ces manœuvres ont été funestes, tandis qu'aucune des versions ne fut suivie de mort, parce qu'elles eurent lieu dans les mois de septembre et de décembre qui ne comptent aucun décès.

On doit encore regarder comme une cause puissante tout obstacle à l'accouchement capable de prolonger le travail, tel qu'une résistance trop grande du périnée, une mauvaise conformation du bassin, une tumeur développée dans l'excavation, etc., etc. Je citerai deux femmes

dont l'une était rachitique, dont l'autre portait une tumeur osseuse en arrière de la branche horizontale du pubis, saillante environ de six lignes, en forme de stalactite. Toutes les deux, à la suite d'un travail pénible, furent atteintes de fièvre puerpérale, mais survécurent. Je rapporterai aussi en entier l'observation intéressante de la femme Gaulier, qui fut une des premières frappée par l'épidémie.

« G..., couturière, âgée de vingt-sept ans, entra à l'hôpital des Cliniques le 1er mars 1838. D'une constitution robuste, elle ne se rappelle pas avoir jamais été malade; enceinte pour la pemière fois, elle n'a éprouvé pendant le cours de sa grossesse, qui est aujourd'hui arrivée à son terme, que des accidents légers, quelques vomissements, un peu d'œdème des membres inférieurs. Entrée à la salle d'accouchements le 2 mars, elle était en travail depuis vingt-quatre heures quand le toucher fit reconnaître que le fœtus restait au-dessus du détroit supérieur, arrêté par une tumeur située dans l'excavation du bassin. Cette tumeur, du volume d'une forte noix, était placée dans la concavité du sacrum auquel elle semblait adhérente; mais un toucher plus attentif, pratiqué par le vagin et par le rectum, montra qu'elle était développée dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale; légèrement portée du côté droit, en arrière du col de l'utérus, elle adhérait assez fortement aux parties voisines, et il était difficile de s'assurer de sa mobilité. D'une consistance fibreuse, quoique d'un volume peu considérable, elle arrêtait complétement la descente du fœtus. Après quarante et quelques heures de travail, comme les douleurs devenaient de plus en plus faibles, trente grains de seigle ergoté furent administrés en deux prises. Les contractions utérines se réveillèrent, mais elles furent impuissantes, et le travail n'avançait pas. Enfin, M. Dubois avait jugé qu'il était temps de terminer l'accouchement, lorsque la tumeur descendit lentement, poussée par la tête du fœtus. Elle s'avança jusqu'en dehors de la vulve, et l'accouchement se termina spontanément. La délivrance fut naturelle; le travail avait duré cinquante-quatre heures.

» 5 mars : la malade est dans un état de faiblesse extrême; il n'y a pas eu de frisson; pas de fièvre, pas de douleurs abdominales.

» 6 mars : frisson léger dans la nuit; accablement général, facies pâle et souffrant; langue couverte d'nn enduit jaunâtre; pas de nausées, pas de vomissements, pas de selles; le ventre est un peu météorisé, sans douleur à la pression. La parole est lente, la respiration accélérée, sans que la malade en ait la conscience, donne trente inspirations par minute. Peau chaude et couverte de sueur; céphalalgie frontale très-intense; le pouls développé donne cent vingt pulsations. Les seins sont mous; les lochies presque supprimées. (Saignée, deux palettes; synapismes aux jambes; limonade, deux pots.) Dans la soirée, des douleurs vives se font sentir par tout l'adomen et surtout dans la région des reins; une diarrhée abondante se manifeste si subitement, qu'à peine la malade a le temps de sonner la veilleuse.

» 7 mars : épuisement extrême causé par le manque absolu de sommeil et par une diarrhée continuelle; décubitus dorsal, facies animé, couvert de sueur et avec un aspect luisant; voix preque éteinte; trente-cinq respirations par minute; pouls petit, dépressible, donnant cent quarante pulsations; abdomen très-météorisé, douloureux à la pression, surtout vers la région hypogastrique. Les seins sont restés mous, les lochies ont une odeur extrêmement fétide. (Gomme suc., deux pots; frictions sur l'abdomen, les cuisses et les bras, avec une once d'onguent mercuriel.)

» 8 mars : même état; les selles involontaires persistent; on administre deux quarts de lavements, un le matin, un le soir, avec vingt gouttes de laudanum dans chaque.

» 10 mars : les frictions mercurielles employées tous les jours précédents ont produit une salivation abondante. L'abattement est moins grand, la respiration moins accélérée; le pouls très-petit, dépressible, a conservé la même fréquence; l'abdomen, un peu moins météorisé, n'est plus douloureux à la pression; il donne sur les côtés, par la percussion, une matité qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'un épanchement.

» 12 mars : amendement notable dans tous les symptômes; la fréquence seule du pouls persiste, cent dix pulsations par minute. Les frictions mercurielles sont suspendues à cause d'une salivation trop considérable. Le météorisme a beaucoup diminué, mais il y a toujours de la matité sur les côtés. »

Depuis cette époque, le mieux qui s'était manifesté a été sans cesse en augmentant. La convalescence fut longue par suite de l'état de faiblesse extrême dans lequel était tombée la malade, et de la salivation mercurielle qui ne fut arrêtée qu'avec la plus grande peine. Je revis cette femme deux mois après sa sortie de l'hôpital; elle était bien portante, et ne se plaignait d'autre chose que d'une grande pesanteur vers les parties. Le toucher, pratiqué par le vagin et le rectum, montra que la tumeur située dans l'excavation avait au moins triplé de volume. Elle était arrondie, grosse comme une petite orange et d'une consistance fibreuse. On tentait vainement de l'isoler ou de lui imprimer quelques mouvements; elle semblait adhérente à la face postérieure de l'utérus, et peut-être aux parois osseuses du bassin.

On a aussi beaucoup insisté sur une cause diamétralement opposée à celle dont je viens de parler, je veux dire un accouchement très-prompt. L'examen journalier des faits confirme pleinement l'opinion de M. Baudelocque, qui pense que le péritoine peut s'enflammer après le travail le plus facile, aussi bien qu'après un travail prolongé, mais qui ne regarde pas un accouchement prompt comme occasionnant par lui-même la fièvre puerpérale. Suivant

les relevés de M. Dugès, on devrait plutôt placer cette circonstance au nombre des causes négatives, mais ses calculs ne résultent pas de données exactes. Pour lui, un travail qui n'a pas duré plus de cinq heures est court, et s'il s'est prolongé au delà de ce temps, il est long : comme si tout travail devait être rangé dans l'une ou l'autre de ces catégories, et comme s'il n'existait pas une certaine durée moyenne, intermédiaire, assez grande, même entre les deux extrêmes, qui constitue le travail normal. Mais il est encore une autre remarque importante à faire, c'est que la fièvre puerpérale qui succède à un travail très-prompt a été produite assez souvent par un état général pathologique dont l'accouchement rapide n'a été lui-même que le résultat. Dans l'état normal, tandis que l'utérus est animé de contractions qui tendent à expulser le fœtus contenu dans sa cavité et le poussent contre le col, celui-ci, de son côté, se contracte également et s'oppose au passage du fœtus. Quoique nous ignorions pourquoi la nature a ainsi opposé deux puissances, dont l'une, moins considérable, doit céder devant l'autre, et dont la résistance ne fait que retarder un résultat inévitable, on ne peut nier que ces divers phénomènes ne soient parfaitement physiologiques. Or, quand les choses se passent autrement, est-ce un fait de peu d'importance? Est-ce seulement caprice de la part de la contractilité utérine, anomalie toute locale? S'il en est quelquefois ainsi, les cas du moins ne sont pas rares où ce simple dérangement dans l'ordre physiologique doit faire soupçonner une cause morbide grave et inspirer de sérieuses inquiétudes. Je citerai seulement deux faits que j'ai eu occasion d'observer durant l'année dernière. Une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, d'une constitution robuste, enceinte de neuf mois, venait d'entrer à l'hôpital des Cliniques. Tandis que l'on préparait son lit, elle accoucha tout à coup, presque sans douleurs, quoiqu'elle fût primipare; elle n'eut pas même le temps de se coucher, s'accroupit en sentant qu'elle accouchait, et l'enfant descendit sur le carreau de la salle. Ayant interrogé cette malade avec soin, j'appris que depuis quelques jours elle ne se portait pas bien, qu'elle se plaignait de céphalalgie, de courbatures dans tous les membres, et qu'elle avait eu deux épistaxis dans la journée de son entrée à l'hôpital. Elle se trouva assez bien après son accouchement, et ne présenta rien de particulier qu'une absence complète de sécrétion laiteuse. Deux jours après sa sortie de l'hôpital, elle tomba gravement malade, entra dans le service de M. le professeur Rostan, où elle succomba à une fièvre typhoïde. Une autre femme, âgée de vingt-cinq ans, parvenue au terme de sa grossesse, entra à l'hôpital, parce qu'elle était trop malade pour se livrer à ses occupations ordinaires. Depuis six semaines elle était tourmentée par une diarrhée abondante et par une fièvre intermittente, pour lesquelles aucun traitement n'avait été suivi. Deux jours après son entrée dans le service d'accouchements, elle fut prise de légères douleurs et se trouva délivrée après vingt minutes de travail.

Les suites de couches ne furent pas très-heureuses ; quarante heures après l'accouchement, il se manifesta une fièvre puerpérale à laquelle la malade faillit succomber. La convalescence fut très-longue à cause de la fièvre intermittente qui avait toujours persisté, et qui résista pendant plus de quinze jours à l'emploi du quinquina. Dans tous les cas de cette sorte, il est évident que s'il survient une fièvre puerpérale après l'accouchement, elle ne doit pas être attribuée à la rapidité du travail, mais à l'état général des malades. Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer cet état, soit parce que la maladie n'est encore qu'à son début, soit parce que la grossesse lui imprime quelque chose d'anormal ou la masque entièrement.

D'un autre côté, je ne dois pas omettre de dire que j'ai vu souvent des femmes enceintes prises de douleurs subites, n'avoir pas le temps d'arriver à l'hôpital, et accoucher dans la voiture qui les conduisait; cependant elles n'étaient pas plus exposées que les autres femmes à être frappées par la fièvre puerpérale.

J'ai eu rarement l'occasion de constater l'influence de deux autres causes qui ont été généralement admises, la rétention dans l'utérus d'un fœtus mort ou d'un placenta putréfié, et les pertes utérines. Dans un cas, une portion de placenta, qui ne fut expulsée de l'utérus que six jours après l'accouchement et dans un état de putréfaction complète, me sembla avoir été pour beaucoup dans le développement de la maladie. La femme, dont je donnerai l'observation à propos des caractères anatomiques, présenta à un degré les symptômes de la fièvre puerpérale typhoïde et à l'autopsie, on ne trouva rien dans les vaisseaux, rien dans le péritoine, et seulement une infiltration séro-sanguinolente dans l'épaisseur des muscles de l'avant-bras gauche. Chez plusieurs autres malades qui furent frappées par l'épidémie, j'ai observé des lochies extrêmement fétides, mêlées de caillots de sang putréfiés ; mais il était difficile de savoir quelle influence pouvait avoir exercé cet écoulement putride. Une seule fois j'ai vu une grossesse interrompue dans son milieu, et le fœtus mort séjourner pendant quatre mois dans l'utérus sans causer d'accidents, sans que l'accouchement ait été suivi de fièvre puerpérale. Les détails de cette observation offrent assez d'intérêt pour que j'en donne ici un extrait

La femme Brings, âgée de trente ans, enceinte pour la deuxième fois, se présenta à l'hôpital des Cliniques le 12 avril 1838. Ordinairement bien réglée, elle avait cessé de voir, pour la dernière fois, le 12 août 1837, et se croyait enceinte de huit mois, quoique son ventre fût loin d'avoir le volume qui indique une grossesse aussi avancée. Elle éprouvait toutes les sensations qu'elle avait remarquées pendant sa première grossesse; cependant elle n'avait jamais senti bien distinctement re-

muer son enfant. Elle se souvenait en outre d'avoir eu dans le mois de décembre une perte utérine abondante qui avait cessé spontanément. Un examen attentif fit reconnaître tous les signes d'une grossesse parvenue au quatrième ou au cinquième mois, mais avec absence complète des battements du cœur du fœtus. Cette femme revint plusieurs fois sans qu'il fût possible de trouver autre chose que ce qui avait déjà été noté : même développement de l'abdomen, même absence des mouvements du fœtus et des doubles battements. Elle se présenta de nouveau dans le service d'accouchements, le 24 mai, avec tous les signes d'un véritable travail ; après trois heures de douleurs très-fortes, elle accoucha d'un fœtus qui sortit enveloppé dans ses membranes. La poche des eaux étant ouverte, on vit, dans un liquide peu abondant et trouble, un fœtus mort, amaigri, d'une coloration grisâtre ; l'épiderme s'enlevait facilement, mais les chairs n'étaient nullement putréfiées. Le placenta était petit et décoloré, soit par l'imbibition du liquide amniotique, soit par une espèce d'atrophie succédant à la mort du fœtus. M. le professeur Dubois, après un examen attentif des parties, pensa que l'enfant avait cessé de vivre vers le cinquième mois, quoique l'accouchement eût lieu au terme ordinaire. C'est un fait curieux que de voir, malgré la mort du fœtus, l'utérus suivre les révolutions physiologiques qui lui sont propres, et ne se contracter sur le produit qu'il renferme qu'à l'époque fixée pour le terme du travail. Mais le plus important ici, c'est l'absence complète de tout accident.

Quant aux pertes utérines, elles ne furent observées que chez quatre malades. Deux contractèrent la fièvre puerpérale et survécurent, les deux autres ne présentèrent rien de particulier.

En terminant l'histoire des causes, je dirai quelques mots d'une circonstance qui, peu importante en apparence et comme oubliée par les auteurs, mérite cependant toute l'attention des praticiens dans les époques épidémiques. Ordinairement dans la journée qui suit la délivrance, presque toutes les nouvelles accouchées, excepté les primipares, éprouvent des coliques utérines. Ces contractions de l'utérus, qui revient sur lui-même pour chasser les liquides contenus dans sa cavité, en même temps que pour exprimer ceux qui gorgent les parois, sont parfaitement physiologiques. Variables dans le moment de leur développement, dans leur durée, et dans leur intensité, le plus souvent ces coliques cessent d'elles-mêmes sans réclamer aucun soin. Mais, dans l'épidémie que je rapporte, je les ai plus d'une fois observé se développer à une époque plus rapprochée de la délivrance, se répéter plus rapidement et produire des douleurs plus profondes. Si ces accidents étaient alors négligés, les douleurs qui n'existaient qu'avec les coliques devenaient continuelles, puis de circonscrites qu'elles étaient se répandaient vers les reins, et une fièvre puerpérale se déclarait.

Dans un assez grand nombre de cas la liaison était trop directe entre cette cause et le début de la maladie pour qu'il fût possible de la méconnaître. Mais rien n'était plus aisé que d'enrayer cette cause tout occasionnelle ; une quarantaine de gouttes de laudanum de Sydenham étaient administrées dans deux quarts de lavements, et tout rentrait dans le calme.

Tableau de la mortalité des femmes en couche à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838.

NOMS.	AGE	PROFESSION	ACCOUCH. précédents.	DURÉE du travail.	POSITION.	DATE de l'accouc.	DATE de la mort
Cotterau.	23	lingère.	primipare.	18 h. 15 m.	4e réduite.	12 février.	19 février.
Grasmann.	21	tapissière.	id.	23	id.	5 mars.	7 mars.
Lenoble.	33	cuisinière.	un	33 20	id.	14 id.	18 id.
Tudoux.	37	couturière.	un	6 30	1re	5 id.	18 id.
Mangin.	26	id.	un	10	1re	11 id.	19 id.
Dananchet.	24	institutrice.	primipare.	33	1re	26 id.	2 avril.
Carot.	32	brodeuse.	un	25	4e réduite.	25 id.	3 id.
Chalus.	22	id.	primipare	7 15	1re	10 avril.	18 id.
Morand.	36	couturière.	neuf.	12 30	4e réduite.	2 mai.	8 mai.
Duclos.	34	id.	huit.	19 30	1re siége. 2e sommet.	6 mai.	13 id.
Suart.	30	brodeuse.	un	8	1er	7 id.	16 id.
Mian.	29	couturière.	un	8 1/2	4e réduite.	16 id.	29 id.
Labarre.	25	id.	»	»	»	»	7 juin.
Fougue.	23	repasseuse.	primipare.	32	1re	4 juin.	9 id.
Dumas.	25	journalière.	un	»	1re	4 id.	10 id.
Brunel.	32	domestiq.	primipare.	24	1re	10 id.	13 id.
Manget.	28	couturière	trois	2	1re	20 id.	26 id.
Chevreau.	50	domestiq.	»	»	inconnue.	»	29 id.
Rouleau.	28	id.	primipare.	20	1re	3 juillet.	11 juillet.
Magnin.	19	couturière.	id.	»	inconnue.	4 id.	13 id.
Nicolas.	23	brodeuse.	»	»	»	»	12 août.
Hurel.	22	couturière.	deux	3 20	1re	14 août.	23 id.
Roilly.	23	lingère.	primipare.	97	inconnue.	1sr novemb.	4 novemb.
Ménard.	19	tailleuse.	id.	31 40	1re	19 novemb.	28 id.

MOIS.	NOMBRE des morts	MOIS.	APPLIC. de forceps	CEPHALOTRITIE	VERSION.	OBSERVATIONS.
Janvier. . .	»	Janvier. . .				
Février. . .	1	Février. . .	1			aucun accident.
Mars. . . .	4	Mars. . . .	2			1er mort. 2e fièv. puer. gué.
Avril. . . .	3					
Mai. . . .	4	Avril. . . .				
Juin. . . .	6	Mai. . . .				
Juillet. . .	2	Juin. . . .	2			1er aucun accid. 2e mort.
Août. . . .	2					
Septembre. .	»	Juillet. . .	1			mort.
Octobre. . .	»	Août. . . .	2	1		aucun accident.
Novembre. .	2	Septembre. .			1	aucun accident.
Décembre.	»	Octobre. . .				
		Novembre. .	1	1		mort. aucun accident.
		Décembre. .			2	1er aucun accid. 2e fièv. puer. gué.
			9	2	3	4 morts.

VOILLEMIER. (*Suite à un prochain numéro.*)

II. Deuxième lettre thérapeutique à Pierre Bretonneau.

SUR LES VÉSICATOIRES.

Mon cher maître,

Dans ma dernière lettre je vous parlais de l'emploi des cantharides comme vésicants, et de quelques nouveaux modes de préparations plus convenables, plus faciles, que ceux qui étaient adoptés jusqu'ici. J'ai, depuis ma dernière lettre, fait un très-fréquent usage de l'extrait de cantharides par l'éther, et j'ai vu avec un grand plaisir que beaucoup de mes confrères s'empressaient d'adopter ces moyens dont ils avaient constaté l'utilité.

A coup sûr ce n'est pas une conquête thérapeutique, dont je cherche le moins du monde à me glorifier. Je sais que le plus simple, le plus ignorant des médecins, pouvait avec un peu d'attention, en dire autant et plus que je n'en ai dit sur ce sujet; je sais aussi que le papier vésicant ne sera pas beaucoup plus utile que les emplâtres employés jusqu'ici; mais enfin il sera plus propre et plus commode, et c'est seulement en cela que se recommande la petite innovation que j'ai introduite.

Aujourd'hui, mon cher maître, je veux vous parler de l'ammoniaque, et du calorique comme agents épispastiques.

Il semble, au premier abord, que ce soit là une chose si vulgaire et si facile, qu'en vérité, il soit superflu de s'en occuper, et cependant que de fois, dans vos causeries cliniques, ne nous avez-vous pas fait voir combien était difficile l'application de l'ammoniaque et du feu, pour ne pas rester en deçà et ne pas aller au delà de la vésication.

Grand partisan de la médication endermique que j'emploie encore plus souvent dans ma pratique particulière que dans mon hôpital, j'ai moi-même appliqué si souvent la pommade ammoniacale, je me suis trompé tant de fois en commençant, que je parlerai de ce moyen comme un vieux pilote des écueils qu'il a cent fois heurtés et mille fois évités; et j'épargnerai à ceux qui voudront profiter de mes fautes, de mes ennuis et de mon expérience, un apprentissage beaucoup plus long qu'on ne l'imagine communément.

Il est une vérité que l'on peut dire sans offenser personne, c'est que très-peu de médecins savent employer la pommade ammoniacale. C'est surtout depuis la belle et utile découverte de MM. Lembert et Lesieur, que les vésicatoires ammoniacaux sont devenus un moyen en quelque sorte vulgaire. Jusque-là on employait l'ammoniaque soit comme caustique, soit pour produire extemporanément une énergique inflammation de la peau, dans une circonstance grave, et l'on s'inquiétait fort peu des accidents qui pouvaient suivre.

Si l'on songe maintenant que, dans le traitement des névralgies de la face, des névralgies partielles, du rhumatisme apyrétique, la médication endermique occupe le premier rang; et si l'on considère que les vésicatoires ammoniacaux doivent tous les jours être appliqués sur la face, sur le cou, ou sur des parties habituellement découvertes. On comprendra combien il est essentiel de ne pas produire de cicatrices indélébiles.

Les vésicatoires ammoniacaux, s'appliquent soit avec l'ammoniaque pure, soit avec la pommade ammoniacale.

Bien qu'en général on ait renoncé à se servir de l'ammoniaque pure, cependant dans une circonstance pressante, cette substance peut être employée. On taille une rondelle d'agaric ou bien une compresse fine en dix ou quinze doubles, de la largeur de la surface dont on veut enlever l'épiderme; on imbibe la compresse d'ammoniaque et on l'applique sur la peau en ayant soin de le recouvrir d'un peu de sparadrap qui s'oppose un peu à l'évaporation du gaz ammoniac, et de l'arroser de quelques

gouttes d'alcali volatil, toutes les deux ou trois minutes. Quand l'ammoniaque est concentrée et que la peau est fine, dix ou douze minutes suffisent pour le soulèvement de l'épiderme; mais dans les cas les plus ordinaires, vingt, trente minutes d'application, ne causent que de la cuisson et de la rubéfaction.

La pommade ammoniacale est bien préférable.

Mais, mon cher maître, vous avez dû être frappé comme moi, de la difficulté extrême que l'on éprouvait à se procurer, dans les pharmacies, de la pommade bien préparée. Si je n'avais à cœur de ne blesser personne, je citerais beaucoup d'officines de Paris, et de celles qui sont gouvernées par les hommes les plus recommandables, dans lesquelles je ne puis presque jamais obtenir de bonne pommade alcaline.

Cela ne tient certainement ni à l'incurie, ni à l'infidélité des pharmaciens; mais seulement au peu d'importance qu'ils attachent à une préparation qu'ils croient trop facile pour n'en pas laisser le soin à des élèves inexpérimentés.

La pommade est trop dure, ou trop molle, ou mal combinée. Ces trois défauts ne permettent pas de s'en servir, et il est essentiel de dire à quoi ils tiennent.

Pour la pommade ammoniacale, chaque pharmacien a sa formule et ne s'en tient pas au codex.

Mieux que moi, mon cher maître, vous connaissez les qualités physiques d'une bonne pommade. Elle doit être d'une blancheur éclatante; elle doit être homogène, c'est-à-dire avoir *l'aspect gras de la crême*, car si elle est *grenue*, la préparation est manquée: dans ce cas l'ammoniaque n'est pas combinée, elle s'écoule dès qu'on applique la pommade sur la peau, et l'axonge et le suif restent seuls. *L'homogénéité de la pommade est la condition essentielle de son activité;* il ne peut y avoir de pommade énergique, si elle est grumeleuse. Elle doit avoir une consistance telle qu'elle ne fonde pas à une température de 38° cent., c'est-à-dire à la température la plus élevée de la peau du corps. Cette condition est encore d'une importance extrême : car la pommade trop molle s'étale ou s'écoule, et, dans tous les cas, elle perd de son activité, et va porter son action sur des parties qu'elle devait respecter.

L'homogénéité et la consistance de la pommade ammoniacale sont, comme je le disais, deux conditions indispensables. La consistance convenable s'obtient aisément. Il suffit pour cela de mettre l'ammoniaque, l'axonge et le suif, non dans les proportions indiquées par le codex, mais dans celles que je signalerai plus bas.

Quant à l'homogénéité, c'est là ce que l'on obtient difficilement; et c'est là qu'échouent presque tous les élèves auxquels les pharmaciens confient la préparation.

Voici la formule du codex :

Suif, (sebum ovillum), une once (32 gram.).
Graisse de porc (adeps porcinus), une once (32 gram.).
Ammoniaque liquide à 25° (ammonia liquida), deux onces (64 gram.).

Faites liquéfier le suif et l'axonge dans un flacon à large ouverture, ajoutez l'ammoniaque, fermez le flacon et agitez vivement. Tenez le flacon plongé dans l'eau froide, en ayant soin d'agiter de temps en temps, jusqu'à ce que la pommade soit refroidie. (Codex, n° 369.)

Il semble que le codex doive être le manuel de tous les pharmaciens, et que, en cette qualité, il doive entrer dans des détails suffisants; mais ce livre ressemble à tant d'autres qui méprisent les menus détails et qui n'apprennent à peu près rien à ceux qui ne savent pas leur métier.

Je veux d'abord parler des proportions données par le codex. Le suif de mouton préparé avec la graisse des rognons est d'une excessive dureté, l'axonge bien préparée avec les épiploons du porc, est également assez consistante; or, quand on veut suivre exactement les prescriptions du codex, on fait une pommade dure, au point de ne pouvoir quelquefois être étalée sur la peau. Dans les chaleurs extrêmes de l'été, la consistance d'une pommade ainsi préparée peut être convenable; mais à une température ordinaire, la pommade est trop dure, et en hiver il est impossible de s'en servir. Voici les formules dont l'expérience m'a démontré la convenance.

Formule d'été.

Axonge récente,	12 grammes	(3 gros).
Suif de mouton,	4 grammes	(1 gros).
Ammon. à 22°,	16 grammes	(4 gros).

Formule d'hiver.

Axonge récente Ammon. à 22°	de chaque 16 gram.	(4 gros).

Les quantités indiquées par le codex ne valent rien et voici pourquoi : on manque rarement 20 ou 30 grammes de pommade; on réussit difficilement lorsqu'on en prépare à la fois plus de 30 grammes, à plus forte raison quand le flacon contient 125 grammes (4 onces) de matière. Aussi, convient-il de ne jamais prescrire plus de 30 grammes (1 once) à la fois.

Le codex recommande de prendre de l'ammoniaque à 25° degrés. C'est là une bonne recommandation, qui, vous le savez, ne peut jamais être remplie. La plus forte ammoniaque du commerce, marque 22°, et encore doit-elle, pour avoir ce degré, être livrée pendant une saison froide, car si la température était élevée, la tension du gaz ammoniac briserait les flacons ou bien le gaz s'échapperait. Dans les meilleures officines, l'ammoniaque marque 21, rarement 22°. Pour conserver ce degré, elle doit être tenue dans un lieu frais, à la cave, par exemple. Le flacon ne doit d'ailleurs servir que pour la fabrication de la pommade, car si on l'ouvre plusieurs fois par jour, l'alcali ne marque bientôt plus que 18 et même 17°. Ce n'est pas que, dans la fabrication de

l'ammoniaque, on ne puisse obtenir 25° ; mais il faut de la glace, et des précautions qu'on ne prend jamais que pour des expériences de laboratoire.

Que si le codex prescrit de l'ammoniaque à 25°, alors que au n° 48, ce même codex ne la prépare qu'à 22°, les pharmaciens en général, loin de s'attacher à la lettre de leur évangile, s'en éloignent au contraire à ce point qu'ils n'emploient souvent que l'ammoniaque, qui se trouve sur les rayons de la boutique; et comme d'une part le flacon est souvent ouvert, et que d'autre part, la température de l'officine est souvent fort élevée, ils nous donnent de l'ammoniaque à 16 ou 17°, avec laquelle il est impossible de faire de bonne pommade.

Examinons maintenant les autres indications du codex. «Faites liquéfier, dit-il, le suif et l'axonge dans un flacon à large ouverture;» le codex devrait ajouter, et bouché à l'émeri, ce qui est indispensable; « ajoutez l'ammoniaque.»

Voici, mon cher maître, où le codex parle de trop haut, et ne se souvient pas assez qu'il devrait être un manuel de pharmacie. L'élève fait liquéfier ses graisses, puis il ajoute l'ammoniaque, comme on le lui dit; mais si la graisse est trop chaude, il y a à l'instant même dégagement soudain de gaz ammoniac, et la pommade est trop faible.

Il faut faire fondre ses graisses, jusque là qu'elles deviennent parfaitement limpides, puis les laisser refroidir en les agitant doucement jusqu'au moment où elles commencent à grener légèrement, ce qui est indiqué par une teinte un peu opaline; en versant alors l'ammoniaque, il ne se perdra que fort peu de gaz.

Comme vous voyez, ces petites précautions ne sont pas sans importance.

Continuons et laissons parler le codex: « Fermez le flacon et agitez vivement, » il aurait mieux fait de dire: «fermez vivement le flacon et agitez, tenez le flacon plongé dans l'eau froide, en ayant soin d'agiter de temps en temps, jusqu'à ce que la pommade soit refroidie.»

En suivant scrupuleusement ces préceptes du codex on manque à peu près toujours la pommade, en ce sens qu'elle est grumeleuse, et qu'elle ressemble assez souvent à du lait caillé nageant dans du sérum.

Il faut, disais-je, ermer vivement le flacon et le ficeler, puis faire subir au mélange quelques succussions, pendant un quart de minute ou une demi-minute ; faire chauffer alors le flacon pendant quelques secondes, si la mixtion n'est pas bien intime, agiter de nouveau, faire quelquefois encore rechauffer, et quand le mélange est parfaitement fait, ce qui a lieu ordinairement au bout d'une minute ou d'une minute et demie, on plonge le flacon dans l'eau froide et on le laisse en repos.

Voilà bien des minuties; mais je me suis donné la peine de faire moi-même de la pommade ammoniacale, afin de comprendre pourquoi il m'était si difficile d'en avoir de bien faite, et je l'ai manquée si souvent avant de parvenir à la bien préparer, qu'en vérité, je me ferais un scrupule de ne pas dire par quelles petites pratiques je suis arrivé à ne la manquer presque plus. Ce que je sais très-bien, c'est que dans plusieurs pharmacies de Paris, et dans mon hôpital, où je trouve toujours d'excellente pommade ammoniacale, elle se prépare, non comme le dit le codex, mais comme je viens de le dire.

Je viens, mon cher maître, de faire un peu le procès des pharmaciens; j'aurais maintenant mauvaise grâce à être trop indulgent pour nos confrères, qui vraiment, du moins pour la plupart, ne se doutent guère de la façon dont il faut employer la pommade ammoniacale pour faire des vésicatoires.

M. Gondret, qui a imaginé cette pommade, et qui lui a donné son nom, ne s'en servait presque pas pour produire la vésication ; mais bien surtout pour escarrifier superficiellement le cuir chevelu, dans le traitement de la cataracte naissante ; aussi les préceptes qu'il a donnés, ne concernent-ils que cette espèce de moxibustion; c'est surtout, ainsi que je le disais plus haut, depuis les beaux travaux de MM. Lembert et Lesieur, sur la méthode endermique, que les vésicatoires ammoniacaux, sont devenus d'un usage beaucoup plus fréquent, et j'ai peut-être, pour ma part, contribué à en populariser l'emploi ; mais encore une fois, c'est une chose extrêmement difficile de bien appliquer un vésicatoire ammoniacal. Ici, il va me falloir descendre dans bien des petits détails; mais mieux que personne vous en apprécierez l'opportunité, et quelques-uns de nos confrères, arrivés comme moi, après beaucoup de tâtonnements, retrouveront, j'en suis sûr, bien des choses qui leur sont aujourd'hui familières, et qui malheureusement ne le sont pas au plus grand nombre.

Quand on veut produire la vésication, on applique sur la partie, un petit tas de pommade ammoniacale. S'il s'agit d'une surface horizontale, il importe assez peu que la pommade ait une consistance convenable; mais si la surface est inclinée ou verticale, on comprend qu'il sera parfaitement impossible d'appliquer une pommade diffluente, comme est celle de quelques pharmaciens qui y ajoutent de l'huile, afin de mieux mêler les éléments de leur savonule. Si la pommade est trop ferme, ce qui arrive pendant l'hiver, lorsqu'on suit la formule du codex, elle s'applique en fragments, n'adhère pas, et par conséquent ne remplit pas le but.

On applique donc la pommade.

Ici, quelques personnes recommandent des précautions, et vous êtes, mon cher maître, de ces personnes. Pour éviter la déperdition du gaz ammoniac, vous mettez la pommade dans un dé à coudre, dans une petite cupule métallique, dans le goulot d'une petite bouteille, dans un tube de verre assez large et très-court, et vous tenez la substance vésicante en contact avec la peau, en exerçant une légère pression. D'autres recouvrent tout simplement

le petit tas de pommade avec un morceau de diachylon ou de taffetas ciré.

Je conviens volontiers que ce mode d'application rend la pommade plus active; mais malgré l'habitude que j'ai de trouver bon tout ce que vous faites, habitude que je ne suis pas près de perdre; je ne puis m'empêcher de blâmer très-expressément votre manière de faire et celles qui s'en rapprochent, et voici pourquoi :

Il est *indispensable* d'avoir l'œil sur ce que l'on fait; je dis *indispensable,* et mieux que moi vous le savez; or, la pression que vous exercez sur la peau avec le dé à coudre ou la cupule, vous dissimule des phénomènes fort essentiels à constater, et qui doivent vous servir en quelque sorte de regulateurs.

Voyons en effet, quels sont les effets de la pommade ammoniacale bien préparée.

Au moment où l'on vient d'appliquer la pommade, le patient éprouve une légère impression de froid, qui dure jusqu'à ce que l'équilibre de la température se soit établi. Une minute ou deux se sont à peine écoulées, que la cuisson commence à se faire sentir; cette cuisson devient un peu vive, et vers la quatrième ou la cinquième minute elle a ordinairement atteint son summum; à partir de ce moment, elle demeure stationnaire, et même elle diminue quelquefois; et diminue lors même que l'action de la pommade va jusqu'à l'escarrification du derme. Il faut donc bien se garder de juger de l'effet de l'ammoniaque par le degré de la douleur; car, en le faisant, on s'exposerait aux plus déplorables erreurs.

En examinant avec attention ce qui se passe autour du petit tas de pommade, on voit bientôt la peau rougir, et l'auréole d'abord très-bornée, s'étendre à quelques centimètres de rayon. Cette rougeur mérite une très-sérieuse considération, car elle indique que la pommade commence à agir profondément sur le derme, et il est temps alors de la retirer. Voilà surtout pourquoi il convient de laisser découverte la partie où l'on veut faire une vésication.

Il ne faudrait pas croire que toujours la rougeur dont je parle se manifeste. Quand la peau n'est pas vasculaire, il arrive que l'épiderme se soulève avant que l'auréole congestive apparaisse. Ces cas sont les plus rares; mais enfin ils existent.

La durée de l'application de la pommade ammoniacale varie singulièrement; dans le cas même où la préparation est bien faite et toujours identique. Elle varie sur la même personne, suivant les parties sur lesquelles elle est faite; elle varie chez les personnes différentes, par des motifs qu'il est impossible d indiquer.

La partie qui m'a paru la plus accessible à l'action de l'ammoniaque, est la tempe, puis les parties latérales du col, puis le tronc, la face interne des membres, le dos du poignet, la face externe des membres, et enfin le coude-pied. J'avoue que je n'ai jamais pu comprendre pourquoi j'éprouvais en général, tant de difficulté à soulever l'épiderme du coude-pied, où la peau est si fine, tandis que se produisait plus aisément la vésication sur le trajet du nerf sciatique, où la peau a beaucoup plus d'épaisseur. J'ai vu plusieurs fois deux minutes d'application suffire pour la tempe; cinq minutes sont le plus souvent nécessaires. En général, on peut dire que lorsque la pommade est bonne, il ne faut nulle part plus de dix à douze minutes; et ordinairement cinq à huit sont tout ce qu'il faut.

Comme l'auréole congestive dont je vous parlais tout à l'heure, manque quelquefois, et que rien alors ne peut éclairer le médecin sur l'effet de l'ammoniaque, il convient d'enlever la pommade toutes les cinq minutes, et d'en réappliquer de nouvelle, si *l'épiderme ne commence pas à se soulever.*

C'est avec dessein, mon cher maître, que je me suis servi de cette expression : *si l'épiderme ne commence pas à se soulever.* Il faut en effet qu'il *commence* seulement à se soulever, car si la phlyctène est bien formée on a été trop loin; je vais en dire la raison tout à l'heure.

Quand on enlève la pommade, on ne voit le plus souvent aucune bulle de sérosité. Il n'en faut pas conclure que l'effet est manqué. Après avoir essuyé la peau, on y passe la pulpe du doigt, afin de voir si l'épiderme n'est pas détaché. On constate souvent qu'il n'est plus adhérent au derme; on l'enlève alors tout d'une pièce en frottant avec un morceau de linge, et le chorion est à nu. *C'est là l'effet le plus désirable, celui auquel doit toujours tendre le médecin.* Le derme, dans ces conditions, n'est jamais escarrifié, il absorbe facilement les médicaments qu'on lui confie, et jamais la petite plaie ne laisse de traces. Quand la surface du vésicatoire n'a que de petites bulles disséminées, l'effet est encore bon; mais si la phlyctène est soulevée en bulle tendue, le derme est ordinairement escarrifié superficiellement; en tout cas il est trop irrité, il absorbe mal, et ce qu'il y a de plus grave, il garde une marque souvent indélébile, ce qui est fort grave, surtout si l'on considère que les vésicatoires ammoniacaux s'emploient surtout dans le traitement des névralgies, que ces maladies atteignent le plus souvent les femmes, et que leur lieu d'élection, est ordinairement la face et le col; je vous laisse à penser maintenant, combien le médecin est coupable de négliger de petites précautions, dont l'oubli a de si cruelles conséquences pour les femmes; et lors même que l'on appliquerait le vésicatoire ammoniacal sur une partie qui doit être dérobée aux regards, toujours est-il, qu'il ne faudrait pas oublier les recommandations que j'ai faites, puisque, en définitive le but de ce mode de vésication, est d'ouvrir à l'absorption une voie nouvelle, et que l'absorption est presque nulle, quand on a trop vivement irrité le derme.

Que de paroles, mon cher maître, pour un vésicatoire ammoniacal! mais que de choses je devrais encore dire pour ne rien omettre! que de petits détails sur lesquels il convien-

drait d'insister encore ! Lorsque j'aurai à parler du pansement de ces vésicatoires, je serai encore tout aussi prolixe, dussé-je encourir le blâme de ceux qui me reprochent de regarder si bas et de si bas.

On ne s'est pas contenté des cantharides et de l'ammoniaque, on a voulu, dans le même but, se servir du calorique. Vous savez les singuliers moyens que l'on a imaginés, pour communiquer à la peau une chaleur suffisante. Les uns ont tout simplement enflammé sur la peau un peu de poudre à canon, préalablement mouillée, façonnée en trochisque et séchée. M. Pigeaux plaçait sur la peau une rondelle de linge en plusieurs doubles et imbibée d'alcool qu'il enflammait. Mais un homme à idées pratiques, et surtout applicables, a imaginé d'employer les rayons solaires concentrés avec un verre convexe. Vous comprenez combien est commode un pareil moyen.

Mais l'eau bouillante et ce que l'on appelle le marteau d'eau sont tous les jours mis en usage pour produire la vésication. Le premier de ces moyens est du domaine public depuis bien des siècles; le deuxième a été conseillé pour la première fois, je le pense, par M. Mayor, de Lausanne.

Il faut bien s'entendre sur le but que l'on se propose avec l'eau chaude. Si l'on veut à tout prix, exciter vivement la sensibilité engourdie comme dans certaines apoplexies, on projette de l'eau sur les jambes du malade, et si la brûlure va au delà des bornes de la vésication, on n'y attache aucune importance. Pourtant je ne conçois guère les façons d'agir de ces médecins qui, dans le but de guérir un malade, car je suppose qu'ils agissent dans ce but, risquent de déterminer une lésion très-grave et qui peut compromettre plus tard la vie de ceux qu'ils ont sauvés d'un premier danger. Je me rappelle à ce sujet l'histoire d'une jeune dame qui, au moment d'accoucher, fut prise de convulsions qui furent, comme d'habitude, suivies de stupeur. L'accoucheur appliqua des sinapismes, qui restèrent en contact avec la peau pendant toute une nuit. Au point du jour, l'accouchée revint à elle ; on ôta alors la moutarde. De graves accidents locaux survinrent et des escarres se manifestèrent au coude-pied et aux poignets : les tendons furent dénudés et la malade faillit mourir du remède après avoir échappé à l'éclampsie.

Si l'on considère maintenant que les vésicatoires avec l'eau bouillante sont surtout appliqués aux extrémités inférieures et que les maladies comateuses s'observent surtout dans un âge avancé, on comprendra combien il est essentiel de ne pas occasionner des plaies aux jambes, qui peuvent ne pas guérir et laisser d'incurables infirmités.

On sait assez mal, ou pour mieux dire, on ne sait pas du tout à quel degré le calorique peut produire la vésication. Il suffit pourtant de jeter un coup d'œil sur les brûlures pour comprendre que la température de l'eau fait varier singulièrement les effets du calorique. La brûlure, nous le savons tous, a trois degrés, la rubéfaction, la vésication, l'escarrification. Le troisième degré peut consister tantôt dans une mortification qui envahit toute l'épaisseur, ou seulement la surperficie du derme; le deuxième degré exclut l'idée de mortification, et la vésication seule est produite avec l'ulcération et les sécrétions morbides qui en sont la conséquence.

Si maintenant on songe un instant au mécanisme des brûlures faites avec l'eau bouillante, on ne tarde pas à être convaincu que l'escarrification de tout le derme, a lieu là où le flot de liquide bouillant est tombé ; que la mortification superficielle s'observe dans les points qui ont été à peine touchés par l'eau bouillante, et sur lesquels le liquide, privé d'une partie de sa température, a coulé ; qu'enfin le deuxième degré de la brûlure est produit par l'eau, qui, en traversant les vêtements, a perdu beaucoup de chaleur, ou qui n'a atteint les tissus qu'après avoir, chemin faisant, causé des brûlures au troisième degré. Cette simple observation aurait dû à tout jamais ôter aux médecins l'idée de se servir de L'EAU BOUILLANTE pour produire la vésication.

Il fallait, mon cher maître, élucider cette question, et j'ai entrepris une série d'expériences peu nombreuses, mais décisives pourtant, qui me permissent de constater le degré de température nécessaire pour produire la vésication.

Le marteau de Mayor m'a parfaitement servi pour cela, et les expériences ont été faites sur des malades atteints d'affections qui réclamaient l'emploi de moxas.

Vous savez mieux que moi en quoi consiste le marteau de Mayor. On trempe un marteau emmanché de bois dans de l'eau bouillante, l'ébullition s'arrête un instant, à cause de l'emprunt de calorique que le métal fait au liquide. Au bout de quelques instants, l'eau recommence à bouillir, et par conséquent la température est en équilibre ; on enlève alors le marteau que l'on applique immédiatement sur la peau. La douleur est vive, et quand on enlève le marteau, on trouve la peau décolorée et comme enfoncée. Il y a une véritable escarre, et pourtant le fer cède et perd rapidement son calorique.

Si le marteau a été mis dans de l'eau à 80° cent. et qu'il soit d'un certain volume, il fait encore une escarre : à 70°, il cause presque immédiatement une phlyctène, et il semble au premier coup d'œil que l'effet désirable soit obtenu ; mais quand l'épiderme est détaché, on aperçoit au-dessous une espèce de fausse membrane, qui n'est en définitive qu'une couche superficielle de derme mortifié.

N'était-il pas évident, mon cher maître, que l'on devait produire une escarre toutes les fois qu'on appliquait à la peau un corps capable de céder au sang des vaisseaux capillaires du derme une quantité de calorique capable de coaguler l'albumine ; or on sait que cette coagulation a lieu à 70° cent.

Or l'albumine coagulée n'est plus viable, et,

devenue corps étranger, elle devient une véritable escarre.

La question était de savoir si, au-dessous de 70° cent., il n'y aurait pas de désorganisation de quelques-uns des éléments du derme. C'était encore à l'expérience de prononcer. Vous avez vu que, en prenant d'abord 100° pour premier terme d'expérience, j'étais descendu à 70°. Je résolus alors de commencer au terme extrême de 50° cent., et de remonter vers 70° pour trouver le degré, précis auquel l'irritation produite par le calorique devait déterminer la vésication, et rien que la vésication.

A 50°, le marteau causait de la rubéfaction, qui persistait quelquefois pendant une heure, si l'on avait laissé le marteau jusqu'à ce qu'il fût en équilibre avec la peau. L'impression était un peu douloureuse. A 55°, la douleur était très-vive, la rubéfaction persistante, et si, lorsque le premier marteau est un peu refroidi, on en applique un autre à la même température, il ne tarde pas à se former une bulle et le derme n'est pas altéré. A 60° la douleur est très-vive, et insupportable pour presque tous les malades; une seule application du marteau détermine la vésication : mais si l'application est renouvelée, il y a une escarre superficielle, à plus forte raison le même effet se produit-il à 65°. Il ne faut pas s'étonner qu'une escarre se forme, lorsque, pendant plusieurs minutes on a appliqué à la peau une température de 65°, car si l'albumine ne se coagule qu'à 70°, il n'en est pas de même de la fibrine qui se condense à une température beaucoup moins élevée.

Je me résume, mon cher maître. L'application du marteau de Mayor, à 100, 90, 80 et même 70°, produit une escarre. L'application répétée à 65° mortifie superficiellement le derme, mais produit toujours la vésication; entre 55 et 65°, on a une vésication, le plus ordinairement sans mortification.

Il y a loin, comme vous voyez, des 55 ou des 60° à 100 degrés qui étaient conseillés jusqu'ici, et vous concevez aisément combien était déplorable cette manière d'appliquer des vésicatoires avec de l'eau bouillante que l'on versait sur la partie, ou bien encore ce qui n'était pas moins grave, avec un mouchoir plié en plusieurs doubles, trempé dans l'eau bouillante et appliqué sur la peau. Que d'accidents par cette fatale méthode! et certes si le plus souvent les médecins n'avaient pas usé d'un pareil remède pour des mourants qui n'étaient pas rappelés à la vie, ils auraient pu en apprécier les terribles conséquences.

Mais vous, mon cher maître, qui avez tant insisté auprès de la génération médicale actuelle, sur la spécificité des phlegmasies; vous dont la voix, entendue des vrais praticiens, n'a trouvé par conséquent que peu d'échos, permettez-moi de dire après vous et avec vous que, parmi toutes les causes phlegmasiques, le calorique est une de celles qui amène à sa suite les plus énergiques douleurs, et les inflammations les plus tenaces. La brûlure est donc un moyen qu'on ne doit employer qu'à défaut de tout autre, et seulement quand il survient des accidents pressants et qui vont être immédiatement mortels.

Ce n'est pas à dire que je proscrive l'eau bouillante comme agent de moxibustion, et dans ce sens, le marteau de Mayor est un excellent moyen; mais comme agent de la vésication, le calorique est infidèle, douloureux, dangereux, et doit par conséquent être banni de la thérapeutique.

Adieu, mon cher maître. Avant de vous parler de quelques nouvelles recherches que j'ai faites sur la trachéotomie, dans la période extrême du croup et de la phthisie laryngée, je veux vous entretenir du mode de pansement des vésicatoires cantharidés et ammoniacaux, et j'en ferai le sujet de ma prochaine lettre.

Je vous embrasse avec affection.

A. Trousseau.

Pr. de thérap. de la Fac. de Méd. de Paris.

Mémoire sur un nouveau procédé pour comstater facilement dans nos organes la présence d'une préparation arsénicale qui aurait été absorbée.

Dans mon premier mémoire sur l'empoisonnement, j'ai conseillé de brûler par le nitre les décoctions aqueuses des chairs et les viscères eux-mêmes, de décomposer les cendres dans une capsule de porcelaine par l'acide sulfurique étendu d'eau, en chauffant jusqu'à ce qu'il ne se dégageât plus d'odeur nitrique, de saturer l'excès d'acide par la potasse à l'alcool, de filtrer, de laver les cristaux de sulfate de potasse, et d'introduire les liqueurs filtrées dans un appareil de Marsh. Ce procédé, quoique un peu compliqué, est satisfaisant, pourvu que l'on emploie de l'acide sulfurique exempt d'arsenic, de la potasse et du nitre qui n'en contiennent pas non plus.

Il importe seulement de noter : 1° qu'il faut une livre dix onces (800 grammes) de nitre pour brûler convenablement une livre (500 grammes) de gélatine sèche; 2° qu'il est plus avantageux de décomposer la cendre par un excès d'acide sulfurique *concentré* que par le même acide étendu d'eau; que l'on doit chauffer cet acide jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de gaz acide carbonique ni de gaz bioxyde d'acide d'azote, c'est-à-dire pendant trente ou quarante minutes et même davantage si l'on avait employé beaucoup trop de nitre : dans cet état, il faut retirer la capsule du feu, laisser refroidir un peu la matière et la traiter par cinq ou six onces (160 à 190 grammes d'eau; il suffira alors de quinze à vingt minutes d'ébullition pour chasser tout le gaz nitreux et tout l'acide azotique dont on peut débarrasser le mélange; 3° qu'il est indispensable, avant d'introduire la liqueur de Marsh, de saturer à l'aide de la potasse à l'alcool la presque totalité de l'acide libre : autrement la flamme serait trop vive et l'expérience manquée; 4° qu'il faut se servir dans toutes ces recherches d'acide sulfurique *distillé non arsénical.*

(1) Voir les numéros précédents.

Le *procédé* dont je vais entretenir l'Académie est plus simple et plus expéditif; il ne s'agit en effet que de carboniser la matière organique desséchée par l'acide azotique pur, concentré, marquant 41 degrés à l'aréomètre de Baumé, de traiter le charbon obtenu par l'eau bouillante et d'introduire le liquide filtré dans l'appareil de Marsh; il suffit, terme moyen, d'une demi-heure pour exécuter ces diverses opérations. Je vais commencer par faire connaître une série d'expériences, qui montreront tout ce que l'on peut attendre de ce procédé si l'on opère bien, et tous les mécomptes auxquels on s'exposerait si l'on ne se conformait pas à certains préceptes que j'aurai soin d'établir.

Expérience première. — Si l'on introduit dans une capsule de porcelaine une demi-once (15 grammes) de gélatine sèche et autant d'acide azotique concentré et distillé sur de l'azotate d'argent et que l'on chauffe à une douce chaleur, la gélatine sera bientôt dissoute, il se dégagera du gaz bioxyde d'azote et la liqueur, d'abord jaune, deviendra orangée, puis d'un rouge assez intense; huit, dix, douze ou quinze minutes après le commencement de l'opération, il apparaîtra un point *noir* sur la circonférence de la liqueur, et quelques secondes après il se dégagera une fumée excessivement épaisse, semblable au nuage le plus intense; si au moment même où l'on voit la fumée se montrer, on retire la capsule du feu, la matière encore liquide se carbonisera *en un instant* sans *flamme* et sans devenir *incandescente;* le charbon produit s'élèvera beaucoup au milieu de la capsule et pourra même la déborder et se répandre au dehors; il sera un peu gras au toucher. Bouilli avec de l'eau pendant dix minutes il fournira un liquide noirâtre, *à peine* acide, qui, mis dans l'appareil de Marsh, donnera très-peu de mousse.

Si en répétant l'expérience, *on laisse la capsule sur le feu*, au lieu de la retirer quand il se manifeste un point noir, le charbon s'élève davantage, et il est moins gras et *moins acide*; mais ici encore il n'y a ni incandescence, ni flamme.

Si au lieu d'une demi-once (15 grammes) d'acide, on en a employé dix gros (40 grammes) et que la température ne soit pas plus élevée, la carbonisation *a lieu en un instant avec incandescence et sans flamme;* le charbon est très-élevé et sec; bouilli avec de l'eau pendant dix minutes, il fournit un liquide rouge-brun, *non acide* qui ne mousse pas quand on le met dans l'appareil de Marsh.

Si l'on répète cette expérience en *laissant la capsule sur le feu*, au lieu de la retirer dès que la carbonisation commence, la combustion a lieu avec une *flamme* de deux à trois pouces qui ne cesse guère qu'au bout d'une demi-minute.

Si au lieu de dix gros (40 grammes) d'acide on en met douze ou plus et que la température *soit plus élevée*, la carbonisation se fera encore plus promptement, la flamme pourra être longue d'un pied et durer presque une minute. Le charbon sera très-élevé, fort sec, et donnera avec l'eau bouillante un liquide moins coloré, *nullement acide,* qui ne fournira point de mousse quand on le mettra dans l'appareil de Marsh.

Expérience deuxième. — Si, au contraire, on fait chauffer une demi-once (15 grammes) de gélatine sèche; avec deux gros (8 grammes) d'acide nitrique à une chaleur modérée, la matière, au lieu de se dissoudre, reste molle et ne se carbonise que difficilement; il faut au moins une demi-heure pour que tous les points de couleur orangée soient devenus noirs, et alors encore le charbon est mou et comme bitumineux; on ne parvient guère à dessécher ce charbon qu'en élevant davantage la température, en agitant et en ajoutant environ un gros (4 grammes) d'acide azotique, sans cette nouvelle quantité d'acide, la matière se charbonnerait en dégageant l'odeur de corne qui brûle et par conséquent en subissant plutôt l'action du feu que celle de l'acide; il est inutile de dire qu'il n'y a pendant cette expérience ni production instantanée *d'une grande masse* de fumée, ni flamme, ni incandescence.

Expérience troisième.—Quand on traite par un *excès* d'acide nitrique dans une capsule de porcelaine, à une température un peu élevée, le produit de l'évaporation du *décoctum non dégraissé* ou *mal dégraissé* des membres d'un cadavre humain, la carbonisation a toujours lieu avec une flamme des plus vives qui ne cesse quelquefois qu'au bout de *cinq ou six minutes* si l'on ne retire pas la capsule du feu dès qu'il se manifeste un point noir. Si, au contraire, on enlève la capsule du feu à temps, une grande partie de la liqueur se carbonise sans incandescence ni flamme, mais il reste, après avoir séparé le charbon produit, un liquide épais, comme bitumineux, qui, étant chauffé de nouveau, ne tarde pas à brûler avec une flamme des plus vives. Dans l'un et l'autre cas, il se produit une telle quantité de gaz bioxyde d'azote et de mousse, que l'on est obligé de partager la matière en trois ou quatre parties, et de la placer dans des capsules distinctes pour éviter qu'elle ne déborde et ne s'échappe au dehors. Il faut aussi agiter continuellement la liqueur, et la tenir éloignée du feu pendant un certain temps, ce qui retarde singulièrement le moment de la carbonisation.

Ces expériences prouvent évidemment que la proportion d'acide azotique et la nature de la matière organique influent beaucoup sur la manière dont la carbonisation s'opère; nous allons voir maintenant qu'il n'est pas indifférent pour le succès de l'opération que nous allons décrire, et qui a pour objet la recherche d'une préparation arsenicale absorbée, de carboniser la matière organique, *avec plus ou moins de promptitude.*

Expérience quatrième.—On traite dans une

capsule de porcelaine, *à une douce chaleur*, demi-once (15 grammes) de gélatine sèche, un *vingtième* de grain (2 milligrammes) d'acide arsénieux et *demi-once* (15 grammes) d'acide azotique pur et concentré; dès qu'il apparaît un point noir, c'est-à-dire au bout de dix minutes environ, on *retire la capsule du feu*, le liquide se carbonise *en un instant* sans devenir *incandescent* et sans *s'enflammer*. On traite le charbon par l'eau bouillante pendant dix minutes; la liqueur filtrée, d'un brun noirâtre, *à peine acide*, mise dans l'appareil de Marsh, fournit une quantité *notable* de belles et larges taches arsenicales.

Expérience cinquième.—La même expérience repétée avec un *vingtième* de grain (2 milligrammes) d'acide arsénieux et une once et demie (50 grammes) d'acide azotique une température plus élevée et en laissant à la capsule *sur le feu* pendant la carbonisation, a donné une flamme de la longueur d'un pied, qui n'a cessé qu'au bout d'une demi-minute, et un charbon assez sec; celui-ci traité par l'eau bouillante a fourni un liquide d'un rouge clair *non acide*, qui, mis dans l'appareil de Marsh a à peine donné *quelques petites taches arsenicales* d'un brun fort clair.

Expérience sixième. — J'ai répété les expériences quatrième et cinquième avec trois onces (100 grammes) de gélatine sèche, un *quinzième* de grain (3 milligrammes) d'acide arsénieux solide et trois onces (100 grammes) d'acide nitrique dans un cas et neuf (300 grammes) dans l'autre; les résultats ont été les mêmes si ce n'est que j'ai obtenu quelques taches arsenicales de plus, et, comme précédemment, il y en avait à peine dans l'expérience où j'avais employé une grande quantité d'acide et où la matière avait brûlé avec une vive flamme.

Expérience septième. — Désirant savoir si j'obtiendrais plus de taches arsenicales en carbonisant la substance organique avec *lenteur*, j'ai soumis à une douce chaleur demi-once (15 grammes) de gélatine préalablement mélangée avec *deux gros* (8 grammes) d'acide azotique et un *vingtième* de grain (2 milligrammes) d'acide arsénieux; l'opération a marché comme dans l'expérience deuxième; au bout d'une demi-heure, j'ai ajouté un gros (4 grammes) d'acide azotique, et lorsque le charbon m'a paru suffisamment desséché, je l'ai fait bouillir pendant un quart d'heure avec quatre onces (125 grammes) d'eau; le liquide filtré, noirâtre, *légèrement acide* et à peine mousseux, introduit dans l'appareil de Marsh, a fourni des taches arsenicales *assez nombreuses et assez intenses*.

Le charbon restant ayant bouilli de nouveau pendant une demi-heure avec dix onces (312 grammes et 5 centigr.) d'eau a donné un *solutum* rouge brun qui ne contenait pas d'arsenic. Alors j'ai fait dessécher ce charbon et je l'ai mélangé avec une demi-once (15 grammes) de nitre cristallisé et j'ai brûlé le mélange dans un creuset de Hesse; la cendre traitée par l'acide sulfurique pur dans une capsule de porcelaine a fourni un liquide dans lequel il a été impossible de constater la présence de l'arsenic à l'aide de l'appareil de Marsh.

Expérience huitième.—J'ai répété cette expérience avec *quatre grains* (2 décigrammes) d'acide arsénieux et j'ai fait bouillir le charbon pendant vingt minutes avec cinq onces (150 grammes) d'eau; la liqueur filtrée était arsenicale, mais le charbon en retenait encore notablement, puisque après l'avoir desséché et brûlé avec du nitre cristallisé, il a laissé des cendres, qui, étant décomposées par l'acide sulfurique *pur*, ont donné un *solutum* dont j'ai retiré de l'arsenic, à l'aide de l'appareil de Marsh.

Expérience neuvième.—La moitié d'un foie d'adulte, coupé par petits morceaux, a été mélangée dans une capsule de porcelaine avec *trois milligrammes* (1/15 de grain) d'acide arsénieux dissous dans demi-once (18 grains) d'eau, puis traitée par cinq onces (150 grammes) d'acide nitrique concentré. La carbonisation a été *fort lente*, il s'est dégagé pendant plus d'une heure une légère fumée d'une odeur pyrogénée. Le charbon bouilli dans l'eau pendant vingt-cinq minutes a fourni un liquide jaune qui *n'a donné aucune trace d'arsenic*, quand on l'a mis dans l'appareil; la flamme était pourtant bonne.

En répétant l'expérience avec cinq onces et demie (160 grammes) de foie *desséché* d'un adulte et quatre onces (125 grammes) d'acide nitrique, mais à une *température beaucoup moins élevée*, la carbonisation a été encore lente et pyrogénée; le charbon, traité par l'eau bouillante a fourni un liquide jaune rougeâtre, sensiblement acide, dont j'ai retiré avec peine et au bout de sept minutes seulement *deux ou trois taches arsénicales petites* et à peine colorées.

Expérience dixième.— J'ai fait bouillir avec de l'eau pendant six heures, dans une capsule de porcelaine, le foie d'un adulte coupé par petits morceaux, deux grains (1 décigramme) de potasse à l'alcool et *un milligramme* (1/50 de grain) d'acide arsénieux dissous. La liqueur filtrée et évaporée jusqu'à siccité a laissé un produit qui pesait deux onces (60 grammes), et que j'ai traité par trois onces (100 grammes) d'acide nitrique à une douce chaleur; la matière s'est carbonisée tout à coup, en répandant beaucoup de fumée dense, sans s'enflammer ni devenir incandescente. Le charbon assez sec et léger ayant bouilli pendant vingt minutes avec cinq onces d'eau, a donné un liquide jaune rougeâtre, sensiblement acide, qui, mis dans l'appareil, a fourni, au bout de dix minutes

seulement, *deux taches* arsénicales d'un brun clair.

Expérience onzième.—J'ai mélangé dans une capsule de porcelaine la moitié du foie d'un adulte coupé par petits morceaux, deux grains (1 décigramme) de potasse à l'alcool et *trois milligrammes* (1/15 de grain) d'acide arsénieux dissous dans demi-once (15 grammes d'eau; lorsque la matière a été aussi bien desséchée que possible, j'en ai traité la moitié (deux onces et demie) (80 grammes) par cinq onces (160 grammes) d'acide nitrique pur ; au bout de onze minutes la carbonisation a eu lieu tout à coup, avec une fumée épaisse, sans flamme ni incandescence; le charbon fort volumineux était sec et léger: je l'ai fait bouillir avec six onces d'eau (200 grammes) pendant vingt-cinq minutes ; la liqueur filtrée, à peine acide, de couleur jaunâtre, mise dans l'appareil de Marsh, était assez mousseuse. Après avoir séparé la mousse, comme je le dirai tout à l'heure, je l'ai introduite de nouveau dans le flacon, et, au bout de quelques minutes, j'ai obtenu une vingtaine de taches arsenicales *brillantes, petites* et à peine colorées; je n'agissais pourtant que sur le quart d'un foie contenant un milligramme et demi d'acide arsénieux (un quarantième de grain environ). La quantité d'arsenic déposée sur la capsule eût été très-notable si j'eusse opéré sur le foie entier préalablement mélangé avec six milligrammes d'acide arsénieux (environ un dixième de grain).

L'autre portion du foie desséché, du poids de deux onces et demie (80 grammes), après avoir été bien aplatie dans un mortier de verre propre, et avoir été intimement mélangée avec quatre onces (125 grammes) de nitrate de potasse cristallisée, a été chauffée avec trois onces d'eau, et le liquide a été évaporé jusqu'à siccité afin de rendre le mélange du nitre et de la matière organique aussi intime que possible. Le produit sec, brûlé par petites parties dans un creuset de Hesse chauffé au rouge, a laissé une cendre blanche que j'ai décomposée dans une capsule de porcelaine avec un excès d'acide sulfurique concentré *pur*, et que j'ai fait bouillir tant que la matière a dégagé une odeur nitrique. Le sulfate de potasse résultant a été étendu d'eau, bien agité avec ce liquide et abandonné à lui-même ; dès qu'il ne s'est plus déposé des cristaux de sulfate de potasse, j'ai filtré la liqueur et lavé la matière restant sur le filtre, puis j'ai introduit le liquide dans l'appareil de Marsh ; il ne s'est déposé sur la capsule que *deux petites taches arsenicales brillantes, d'un brun clair*, et quelques autres taches blanches, pour la plupart opaques, dont quelques-unes cependant étaient légèrement brillantes.

J'ai souvent mélangé avec une once (30 grammes) de gélatine sèche un *quarantième de grain* (un peu plus d'un milligramme) d'acide arsénieux solide ; la matière divisée en deux parties égales a été traitée comparativement par l'acide nitrique et par le nitre; j'ai constamment obtenu plus de taches en employant le premier de ces agents qu'en me servant de l'autre.

Il résulte des expériences qui précèdent :

1° Que pour déceler par l'acide nitrique la présence de l'arsenic dans nos organes, après l'absorption, il faut éviter de carboniser ceux-ci avec flamme et promptement, ou bien avec lenteur et de manière à ce qu'ils dégagent une odeur pyrogénée, car, dans l'un et l'autre cas, l'on perd la majeure partie de l'arsenic, si même on ne perd pas la totalité ;

2° Que la perte est d'autant plus considérable que l'on agit sur une plus grande quantité de matière organique ;

3° Qu'il y a des avantages réels à carboniser les organes en un instant, sans flamme et sans incandescence, avec production d'une grande quantité de fumée épaisse, et d'un charbon volumineux et spongieux ; mais qu'alors même on est loin d'extraire tout l'arsenic contenu dans le tissu sur lequel on opère ;

4° Qu'il importe pour obtenir ce genre de carbonisation d'agir sur les organes préalablement desséchés avec une proportion *déterminée* d'acide nitrique pur marquant quarante et un degrés et qui ne sera pas la même pour chacun d'eux ;

5° Qu'il est préférable enfin de chercher l'arsenic par ce procédé que par le nitre, puisqu'il donne lieu à une perte de métal moins considérable (V. Expérience onzième).

Description du procédé.—On fait bouillir pendant six heures dans une capsule de porcelaine avec de l'eau distillée et deux ou trois grains (10 à 15 centigrammes) de potasse à l'alcool, le viscère sur lequel on veut opérer et que l'on a préalablement coupé en petits morceaux; on filtre la décoction aqueuse, on l'acidule par l'acide chlorhydrique, et on la soumet à un courant de gaz acide sulfhydrique.

Si l'on opère sur le *decoctum* des membres, il faudra, avant de le soumettre au contact du gaz, avoir soin d'en séparer la graisse, en laissant refroidir la liqueur ; sans cette précaution la combustion par l'acide nitrique serait des plus vives et l'on s'exposerait à perdre la totalité de l'arsenic. Il arrivera, en procédant ainsi, que la dissolution aura fourni au bout de quelques jours un précipité de *sulfure d'arsenic* et de matière animale, ou que le précipité sera entièrement formé par cette dernière ; on recueillera ce précipité pour le traiter comme je l'ai dit dans mon premier mémoire sur l'arsenic. La liqueur, surnageant le précipité, après avoir été filtrée et évaporée jusqu'à siccité, donnera un produit que l'on traitera par l'acide nitrique concentré pour en séparer l'arsenic que l'acide sulfhydrique n'aurait point précipité. On desséchera ensuite, autant que possible, à une douce chaleur et sans les brûler, les fragments des viscères soumis à l'expérience et déjà épuisés par l'eau bouillante ; on pèsera les divers produits desséchés pour savoir combien l'on devra em-

ployer d'acide nitrique pour chacun d'eux, et l'on procédera de suite au traitement par cet acide, avant que la matière desséchée ait attiré l'humidité de l'air. En général, les organes épuisés par l'eau bouillante ne fournissent plus d'arsenic, ce liquide ayant dissous la totalité du composé arsenical; il est néanmoins nécessaire de les traiter par l'acide nitrique, parce qu'il se pourrait, par des causes qu'il est difficile d'apprécier, qu'ils en eussent retenu une certaine proportion. Je ne conseille pas de décomposer de prime-abord le viscère desséché et coupé en morceaux par l'acide, mais bien de le faire bouillir avec de l'eau : en effet, l'acide nitrique ne peut pas agir sur un organe arsenical sans qu'il y ait une perte notable de l'arsenic qu'il renferme ; il importe donc de commencer par séparer, à l'aide de l'eau et de l'acide sulfhydrique, tout le métal que ce gaz pourra précipiter, afin que la perte *inévitable* ne porte que sur une petite portion de la matière; toutefois, il est bon que l'on sache qu'il m'est souvent arrivé de traiter directement par l'acide nitrique, et sans les avoir préalablement fait bouillir dans l'eau, les viscères d'individus empoisonnés par l'arsenic, et que j'ai constamment obtenu assez de métal pour le caractériser.

Voici quelles sont les proportions d'acide et des diverses matières desséchées qui me paraissent devoir être employées dans les différents cas :

Sang desséché, trois onces (100 grammes); acide, sept onces (220 grammes);

Produit sec du *decoctum* des membres parfaitement dégraissé, trois onces 100 grammes); acide, neuf onces (280 grammes);

Un cerveau et un cervelet d'adulte pesant six onces (200 grammes) après la dessiccation : deux livres quatre onces (1,125 grammes) d'acide;

Les deux poumons desséchés, du poids de cinq onces et demie (180 grammes) : une livre (500 grammes) d'acide;

Le cœur pesant une once six gros, après la dessiccation : cinq onces d'acide;

Le foie sec, du poids de douze onces (380 grammes) : trente-quatre onces d'acide (1,060 grammes);

La rate desséchée pesant une once deux gros (40 grammes) : acide, trois onces et demie;

L'estomac et le canal intestinal secs, du poids de trois onces : neuf onces d'acide (280 grammes);

Les deux reins desséchés, du poids de deux onces (60 grammes) : acide, six onces 200 grammes);

La chair musculaire aussi sèche que possible, vingt-deux onces (700 grammes) : acide, quatre livres quatre onces (2,125 grammes).

Traitement par l'acide nitrique.—On introduit la totalité de l'acide dans une capsule de porcelaine que l'on place sur un feu doux, et l'on ajoute peu à peu, et à des intervalles d'une minute environ, trois ou quatre fragments de l'organe desséché; il se dégage aussitôt du gaz bioxyde d'azote, la liqueur entre en ébullition, et les divers fragments ne tardent pas à se dissoudre ; si l'on faisait agir à la fois toute la matière sur l'acide, il se produirait dans beaucoup de cas une énorme quantité de mousse et le mélange ne tarderait pas à déborder et à se répandre au dehors : dès que la liqueur, qui d'abord était d'un jaune clair, puis orangée, aura acquis une couleur rouge foncée et se sera notablement épaissie, on peut s'attendre à la voir se carboniser sur une partie de la circonférence ; mais on aurait tort de retirer la capsule du feu, par cela seul que déjà la matière est noire dans quelques-uns de ses points, par exemple, dans ceux qui ont été desséchés les premiers; il ne faut enlever le vase du feu qu'au moment peu éloigné où la carbonisation sera accompagnée du dégagement d'une fumée épaisse, tellement intense dans la plupart des cas, que l'observateur aurait de la peine à apercevoir le charbon qui se produit presque instantanément au milieu de la capsule, quoiqu'il offre pourtant un volume assez considérable. Après avoir laissé refroidir le vase on enlève le charbon qui est léger, friable et plus ou moins gras; on le pulvérise dans un mortier de verre ou de porcelaine très-propre et on le fait bouillir pendant vingt ou vingt-cinq minutes avec sept ou huit onces (200 grammes) d'eau dans une capsule de porcelaine afin de dissoudre l'acide arsénique résultant de l'action de l'acide nitrique sur l'acide arsénieux qui pouvait exister dans la matière suspecte. On filtre la liqueur et on l'introduit dans un appareil de Marsh, préalablement essayé et dans lequel on a mis de l'eau, du zinc non arsenical et de l'acide sulfurique pur. S'il se produit beaucoup de mousse mélangée de particules solides, jaunâtres, rouges ou noirâtres, qui partent ordinairement du fond et s'élèvent jusqu'à la partie supérieure, on transvase rapidement tout le liquide dans un grand entonnoir. Une grande partie de cette mousse reste dans le flacon avec le zinc, et il suffit, pour la faire sortir, de laver le bocal à plusieurs reprises avec de l'eau ; la liqueur contenue dans l'entonnoir dont on bouche le bec avec le doigt, se partage au bout de quelques secondes en deux couches, l'une mousseuse qui est à la surface, l'autre liquide, que l'on introduit facilement dans le flacon, en écartant le doigt et en laissant couler le liquide jusqu'à ce que la portion mousseuse soit prête à sortir. Il ne s'agit alors que d'attendre quelques minutes pour que le gaz hydrogène arsénié se dégage *lentement* et vienne déposer bientôt, à mesure qu'il brûle, des taches arsenicales sur une capsule de porcelaine. Il est rare qu'en prenant cette précaution, il se forme de nouveau assez de mousse pour que l'on soit obligé d'ajouter de l'huile d'olive ; si pourtant cela était, il faudrait ver-

ser dans le bocal deux onces (60 grammes) environ de cette liqueur, et l'expérience marcherait sans entrave; toutefois, il arrive presque toujours que le dégagement de gaz se rallentit, et que l'on doit ajouter un peu d'acide sulfurique, même pour faire brûler ce gaz avec une flamme faible. — La liqueur aqueuse provenant du traitement du charbon par l'eau bouillante offre, après avoir été filtrée, une couleur noire, brune, rougeâtre, jaune ou opaline; elle retient peu d'acide nitrique et rougit faiblement le tournesol, à moins que la carbonisation n'ait été fort lente : au contraire, il ne resterait plus un atome de cet acide, si la décomposition eût eu lieu rapidement et avec flamme; en général, il faut ajouter d'autant plus d'acide sulfurique pour dégager le gaz hydrogène que la liqueur dont il s'agit a retenu plus d'acide nitrique.

Après avoir ainsi retiré la majeure partie de l'arsenic contenu dans le charbon, on mélangera intimement celui-ci avec une demi-once une once ou deux onces (15, 30 ou 60 grammes) de nitre cristallisé, on desséchera ce mélange et on le brûlera dans un creuset de Hesse. La cendre obtenue sera décomposée à chaud par l'acide sulfurique pur et concentré, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de gaz ni d'odeur nitrique; le liquide filtré et introduit dans l'appareil pourra fournir encore une petite proportion d'arsenic, si une partie de l'acide arsénique primitivement contenue dans le charbon avait transformé le carbonate de chaux du charbon en arséniate de chaux, insoluble dans l'eau bouillante. Si au lieu de traiter par l'acide nitrique une matière organique suspecte, assez bien desséchée, comme je viens de le prescrire, on agissait sur une matière encore très-humide, l'opération serait beaucoup plus longue, et dans beaucoup de cas il se produirait une quantité de mousse telle qu'il faudrait agiter continuellement le mélange, le retirer promptement du feu et même le verser dans deux ou trois capsules, autrement on en perdrait beaucoup; en outre, la carbonisation, loin d'être bonne, serait lente, et nous avons vu que dans ces cas on obtenait beaucoup moins d'arsenic. Si telle était la marche de l'opération et que le charbon obtenu fût mou et en partie liquide, il faudrait, au lieu de le dessécher par la simple action de la chaleur et avec production d'huile pyrogénée, retirer la capsule du feu et ajouter de suite deux ou quatre gros (8 ou 15 grammes) d'acide nitrique qui durcirait ce charbon à l'instant même en dégageant beaucoup de gaz biotoxyde d'aze; il se pourrait même que, pour obtenir la dessiccation de tout le charbon, l'on fût obligé d'employer une ou plusieurs onces d'acide. On conçoit, en effet, que la matière n'ayant pas été convenablement desséchée, l'acide nitrique se soit trouvé affaibli, et que dès-lors l'action a été plus lente.

Je ne terminerai pas sans rappeler que si l'on employait beaucoup plus d'acide nitrique que les doses prescrites, que la température fût plus élevée, et que la capsule restât sur le feu pendant la carbonisation, la décomposition aurait souvent lieu avec flamme, surtout lorsqu'on agirait sur des matières grasses et que l'arsenic que l'on cherche pourrait se volatiliser en entier, ou pour la plus grande partie.

ORFILA.

Doyen et prof. de la Faculté de méd. de Paris.

IV. Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance.

(SUITE.)

Peau.— Sa température est ordinairement élevée, ne s'accompagne pas souvent de moiteur. Dans les cas graves seulement, elle devient froide vers la fin de la maladie. Le plus souvent elle est sèche, terreuse, brûlante et rude au toucher. Quand la moiteur survient à une époque avancée de la maladie, elle doit faire présager une terminaison heureuse.

Eruptions.—1° *Normales.*—L'éruption lenticulaire s'est manifestée dans presque tous les cas. Sur onze enfants seulement on n'a pu constater sa présence. De ces onze sujets, deux étaient entrés après trois semaines, et le troisième après deux mois et demi de maladie, un autre est mort au neuvième jour. Les sept autres, dont deux sont morts, ont passé à l'hôpital presque tout le temps qu'a duré leur affection; chez tous on a observé dans le cours de la maladie, un nombre considérable de *sudamina*, chez un de ceux qui ont succombé il y avait un *erytema nodosum* fort intense.

L'éruption lenticulaire a constamment présenté l'aspect qu'on lui trouve chez l'adulte, elle est formée de petites papules arrondies, roses, saillantes, cédant momentanément à la pression, qui pâlissent et diminuent de volume un ou deux jours après leur apparition, et disparaissent sans desquamation. Elles nous ont paru en général plus abondantes chez nos malades que chez les adultes. Quelquefois il est vrai, on en voyait à peine une dixaine sur tout le corps, mais le plus souvent elles se développaient en très-grand nombre. Dans trois cas il était si considérable, qu'on a cru pendant deux jours à l'existence d'une variole confluente. Elles se montrent le plus souvent sur le ventre, les lombes et les membres inférieurs, mais je les ai vues aussi bien souvent sur la poitrine, le dos, le cou, la face et les membres supérieurs. J'ai remarqué qu'elles se développaient de préférence sur les parties où la peau est le plus fine, à la partie interne pour les bras, les cuisses et les jambes, à la face antérieure pour les avant-bras. Elles m'ont semblé plus abondantes pendant les saisons chaudes. Plusieurs fois un bain a paru augmenter leur nombre. Après la mort on n'en trouva pas de traces. Elles se développent en général depuis le huitième jusqu'au vingtième jour, rarement plus tard. Cependant vingt et un

sujets, qui sont entrés à l'hôpital du deuxième au septième jour de la maladie, présentaient déjà des taches lenticulaires abondantes. Il est vrai de dire que le nombre de ces enfants est d'autant moins considérable, qu'on se rapproche davantage de l'époque du début. Ainsi il y en a sept pour le septième jour, six pour le sixième, trois pour le cinquième, trois pour le quatrième, un pour le troisième, un pour le deuxième.

L'éruption est quelquefois suspendue pour un ou deux jours, le nombre des papules est aussi sujet à de grandes variations. Un jour il est fort grand, et le lendemain on compte à peine deux ou trois nouvelles taches.

Sudamina. — Presque toujours (cent quatre fois) j'ai rencontré des sudamina. Je les ai vus se développer de préférence sur les parties latérales du col, mais quelquefois aussi sur la poitrine, le ventre, aux aînes, au dos. Ils sont tantôt discrets, tantôt confluents, d'un volume variable, arrondis, transparents le premier jour, et pleins de sérosité, ils deviennent opaques le second, se dessèchent, se crèvent et disparaissent par desquammation; quelquefois le ventre est couvert de sudamina nombreux. Il semble que chaque papille cutanée supporte une petite vésicule; mais alors ils sont plus volumineux, aplatis et opaques dès leur apparition. Cette éruption est comme la précédente plus abondante l'été que l'hiver. Elle se développe à peu près indifféremment à toutes les époques de la maladie, plus souvent cependant à la fin. Quand elle paraît pour la première fois au douzième ou quatorzième jour, elle peut être regardée comme critique et annonce une terminaison heureuse.

Avant ce terme, elle n'est pas d'un aussi favorable augure; elle n'est pas propre à l'affection typhoïde, on la rencontre souvent dans les maladies éruptives, dans la pneumonie, la phthisie, la méningite, jamais au contraire je n'ai vu les taches rosées dans aucune autre affection des enfants.

M. Becquerel (*Méningite des enfants*, Paris, 1838), dit avoir plusieurs fois trouvé des taches lenticulaires chez des sujets affectés de méningite. Je n'ai jamais rien rencontré de semblable sur plus de deux cents méningites, observées dans l'espace de quatre ans.

Ecchymoses. — Les ecchymoses se voient rarement; elles se présentent sous forme de petites pétéchies placées à la partie inférieure des jambes, comme dans le purpura hœmorrhagica (deux fois), ou bien ce sont de larges extravasations sanguines, siégeant aux parties sur lesquelles repose le corps (une fois).

Taches bleues. — Quant aux taches bleues, décrites par M. Piédagnel dans le travail sur la fièvre typhoïde, qu'il a présenté à l'Académie des sciences, je ne les connaissais pas avant l'année 1837. J'ai recueilli depuis (1838 et 1839 un grand nombre d'observations de fièvres typhoïdes (plus de soixante), et je n'ai jamais trouvé sur les enfants ces taches dont j'avais vu plusieurs fois la présence sur des adultes à l'Hôtel-Dieu.

Eruptions anormales. — J'ai vu chez quelques sujets (huit) une rougeur vive de la peau limitée aux avant-bras, qui avait une teinte analogue à celle de la scarlatine; mais elle était uniforme et me semble devoir être rapportée plutôt à un érythème. Elle se montrait au début de la maladie et disparaissait en quelques jours sans être suivie de desquammation ni d'œdème. Elle n'était pas accompagnée de démangeaison ni d'une chaleur plus vive.

Éruption vésiculeuse. — Je n'ai jamais rencontré l'éruption vésiculeuse décrite par M. Littré, d'après M. Prosper Dor. Deux fois, sur des sujets dont la maladie présentait quelque ressemblance avec une fièvre typhoïde, j'ai vu sur le ventre et les cuisses des boutons qui pouvaient, les deux premiers jours, être pris pour des taches lenticulaires, mais qui, le troisième, suppurèrent, et se desséchèrent le cinquième. Les malades ont succombé, et dans les deux cas on a bien trouvé des ulcérations intestinales, mais elles étaient dues au développement d'une affection tuberculeuse aiguë, qui avait son siége principal dans l'intestin grêle. Le premier cas avait été méconnu pendant quelque temps, mais la forme de l'éruption a éveillé l'attention pour le deuxième, et on a reconnu pendant la vie une phthisie intestinale aiguë qu'on a pu constater à l'autopsie.

Je ne parlerai pas ici des autres maladies éruptives qu'on remarque quelquefois dans le cours de la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, la variole, la miliaire, l'urticulaire; elles constituent de véritables complications dont nous traiterons en leur lieu.

Etat de la langue. — Dans les cas les plus légers elle présente toujours une altération. Quelquefois elle est seulement chargée d'un enduit blanchâtre; mais le plus souvent elle offre des changements notables, dans sa forme, sa température, sa coloration, son volume. Souvent on la voit plus étroite, très-aiguë à la pointe, ou au contraire grossie et portant l'empreinte des dents fortement marquée. Je ne l'ai jamais vue hypertrophiée au point de pendre hors de la bouche, sans pouvoir être réduite, comme cela a lieu quelquefois chez l'adulte. Souvent elle est fendillée dans l'un ou l'autre sens, plus ordinairement le transversal. Deux fois je l'ai vue ulcérée, une fois couverte d'une ulcération pultacée d'un véritable muguet. Elle est ordinairement plus chaude que dans l'état normal; quelquefois froide dans les cas graves où la mort est imminente, colorée en rouge intense ou violacée quand l'asphyxie menace. Quelquefois l'enduit qui la tapisse est muqueux, blanchâtre, peu épais, et soulevé par les papilles qui sont volumineuses, érigées. D'autres fois il est épais, poisseux, très-adhérent, et cache entièremen

la face supérieure de l'organe. Ailleurs cet enduit poisseux est borné à la base, et on voit la langue très-rouge et sèche à la pointe. Ici il est disposé en deux bandes longitudinales qui couvrent seulement les bords de la langue, et il y a dans son milieu et à sa pointe une rougeur et une sécheresse remarquables. Dans certains cas elle est rouge, sèche et tout à fait lisse, comme dans la scarlatine; dans d'autres elle est dure, noirâtre, racornie, encroûtée de sang et tout à fait semblable à celle d'un perroquet. Cet état fuligineux de la langue n'existe jamais dès le début; il ne se manifeste guère que du huitième au quinzième jour en général.

J'ai cherché à reconnaître si tel ou tel état permanent de la langue correspondait à telle ou telle forme de la maladie, et j'ai trouvé que l'état fuligineux se voyait de préférence dans la forme cérébrale; la langue poisseuse et violacée, dans la forme pectorale, et, que les autres espèces d'altérations appartiennent à la forme abdominale. Au reste, je n'attache pas une très-grande importance à cette distinction, j'ai voulu seulement l'indiquer.

La langue passe successivement dans les cas graves par presque tous ces différents états; elle est simplement chargée au début, puis se colore en rouge, puis devient poisseuse, et enfin sèche; elle repasse, quand la guérison s'opère par les différents degrés, et reste quelquefois blanchâtre pendant la convalescence. Ceci n'infirme pas la distinction que je viens de faire, car dans les fièvres typhoïdes graves on n'observe pas ordinairement à la fois toutes les lésions des différents systèmes. Les phénomènes abdominaux prédominent d'abord, les symptômes cérébraux et thoraciques n'apparaissent que plus tard.

Haleine.—Dans cette maladie, l'haleine est fétide, d'une odeur aigrelette qui a quelque chose de particulier (115 fois). Cette odeur caractéristique ne se retrouve dans aucune autre affection. Elle diffère de l'haleine si remarquable des fièvres éruptives, et de celle de la méningite. A une époque avancée de la maladie, cette odeur spéciale est remplacée par celle du sang exhalé et desséché dans la bouche, et dès lors n'offre plus rien de particulier. J'ai à peine besoin d'ajouter que dans les cas où nous avons observé une complication de stomatite, l'odeur de l'haleine a été nécessairement modifiée.

Gencives.—Les gencives sont assez souvent gonflées, molles, leur face libre, recouverte d'une légère exsudation blanchâtre pultacée. Elles ne sont pas ordinairement saignantes, et jamais je n'y ai trouvé l'altération scorbutique. Cinq fois des ulcérations s'y sont développées.

Lèvres.— Les lèvres sont gonflées, sèches, grisâtres d'abord, puis noirâtres, recouvertes de croûtes sanguines, quelquefois fendillées, ulcérées, principalement aux commissures. Les enfants les écorchent continuellement. A la convalescence les croûtes se détachent pour ne plus se reformer, et les lèvres restent assez longtemps volumineuses, mais pâles.

Dents.—Quand la maladie est grave seulement, les dents sont luisantes, encroûtées, grisâtres ou brunâtres; elles se nettoient avant les lèvres. Cet état fuligineux se voit bien plus rarement que chez l'adulte (69 fois).

Narines.—J'ai observé dans la plupart des cas (108) l'état pulvérulent des narines, qui sont parsemées d'une poussière fine semblable à de la poudre de tabac. Cette pulvérulence n'est pas due à des épistaxes, se voit souvent en l'absence de ce phénomène; elle est produite par une exsudation analogue à celle qui a lieu dans la bouche; elle est accompagnée de vives démangeaisons, et les enfants y portent continuellement les doigts. Elle n'indique pas une gravité plus grande de la maladie, n'en est pas un symptôme pathognomonique, et se remarque dans beaucoup d'affections cérébrales et éruptives.

Abdomen. — Le ventre est ordinairement chaud, douloureux, ballonné. Ces lésions varient à des degrés infinis, et sont presque toujours en rapport avec l'altération intestinale, mais pas plus que celle-ci avec les symptômes généraux :

1° Chaleur.—La température est ordinairement beaucoup plus élevée que celle du reste du corps. Elle est brûlante, et reste souvent sèche, malgré l'application de fomentations émollientes, fréquemment renouvelées.

2° Météorisme.—Il est quelquefois peu développé, le ventre est peu volumineux, peu tendu (4 cas). Chez certains sujets (3) la tension est bornée à la moitié droite du ventre. Chez d'autres (6) le météorisme est porté au point de gêner la respiration. On voit alors les muscles de la poitrine et les ailes du nez se contracter énergiquement, tandis que l'abdomen reste complétement immobile. Les circonvolutions intestinales se dessinent sous la peau, et la percussion donne une sonoréité extraordinaire, tympanique.

Deux fois dans des cas graves le ventre était brûlant, flasque, et permettait de sentir les circonvolutions intestinales.

3° Douleur.—J'ai, dans tous les cas, excepté un, trouvé de la douleur au ventre. Quelquefois elle est peu intense et passagère, le plus souvent assez vive. Je l'ai vu plus d'une fois arracher des cris aigus. Elle a son siége constant au flanc droit, s'étend souvent au gauche, quelquefois à l'ombilic, rarement à l'épigastre, aux hypochondres.

Douleur au flanc droit seul 13 fois; aux deux flancs 78 fois; à l'ombilic 29 fois; à l'épigastre 4 fois; à l'hypochondre droit, 2 fois; au gauche 25 fois; dans 17 cas elle a été générale. Elle est rarement continue, le plus souvent intermittente, sous forme de coliques, plus

intense pendant la constipation que quand il y a diarrhée. Elle augmente avec le météorisme et à l'approche des selles. Dans les cas de perforation elle devient intolérable, mais il y a péritonite, et elle n'a plus son siége dans l'intestin. Elle existe, dès le début de la fièvre typhoïde, et se dissipe assez tard; elle revient quelquefois sous forme de coliques pendant la convalescence. Les enfants ne conviennent pas toujours de souffrir du ventre, mais on peut s'en assurer, en y exerçant une pression légère; on voit alors leur face se contracter, devenir grimaçante. Ils cherchent surtout à nier l'existence de la douleur au moment de la convalescence, de peur qu'elle ne soit un motif de prolonger la diète à laquelle on les a soumis.

D'autres, au contraire, poussent des cris violents dès qu'on leur palpe l'abdomen, qui, d'ailleurs, ne présente que peu de tension ou de chaleur. Si on détourne leur attention, on pourra y exercer une pression assez forte sans qu'ils songent à s'en plaindre. La douleur réelle est toujours exaspérée par la pression.

Gargouillements. — Les gargouillements n'ont manqué que fort rarement (8 fois). Le malade en a quelquefois conscience. On les sent, et même on les entend à distance, en appliquant la main à l'ombilic, au flanc gauche, et surtout au flanc droit. Ils sont assez souvent bornés à cette région. — Flanc droit seul 16 fois; flanc gauche seul 1 fois; deux flancs 85 fois; deux flancs et ombilic 9 fois; ombilic seul une fois; dans un cas le siége n'est pas indiqué.

Les gargouillements ne sont pas toujours en rapport avec la douleur, ils cessent habituellement longtemps après elle. Quelquefois ils disparaissent pendant un ou deux jours une ou plusieurs heures. Cette circonstance, jointe à la rareté des cas dans lesquels on ne les a pas trouvés, me porterait à croire qu'ils ont existé constamment, mais qu'on n'a pas appliqué la main sur l'abdomen au moment où ils avaient lieu.

État du foie.—Le foie a, dans deux cas seulement, présenté un accroissement de volume et une sensibilité anormale.

État de la rate.—La rate, au contraire, est habituellement plus grosse que dans l'état de santé.—109 fois très-volumineuse; 10 fois de volume moyen; 3 fois d'un volume ordinaire. On reconnaît son hypertrophie à la saillie qu'elle forme au-dessous des fausses côtes, et au son mat que donne la percussion pratiquée à l'hypochondre gauche. J'ai trouvé quelquefois une matité de plus de deux pouces de largeur et trois pouces en hauteur. Et cette matité ne mesure pas exactement le volume de la rate; elle est toujours moindre que celui-ci. Le développement de gaz dans l'estomac, ou le colon, diminue de beaucoup son étendue, quelquefois même le météorisme empêche, momentanément, de sentir la saillie qu'elle forme, et de déterminer sa position au moyen de la percussion. Dans la convalescence elle revient, mais lentement, à son volume normal. Dans deux cas seulement elle a été douloureuse au toucher. On peut remarquer une différence assez grande dans les signes fournis par le gonflement de la rate, dans la fièvre typhoïde, et par celui qui succède à des fièvres intermittentes. Dans ces dernières maladies, à volume égal, la rate donne une bien plus grande matité, et forme une saillie bien plus marquée dans l'abdomen. Cette différence trouve son explication dans la lenteur avec laquelle ce développement a lieu après les fièvres intermittentes, la dureté de l'organe et son accroissement simultané en épaisseur. La rate très-épaisse, très-lourde, très-dure, refoule le paquet intestinal, abaisse le diaphragme et devient très-sensible dans la cavité abdominale. Le son mat ne peut être masqué. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, l'accroissement de volume est rapide, la rate peu épaisse, relativement à sa longueur, et généralement assez molle.

Ganglions mésentériques.—Dans aucun cas nous n'avons pu les toucher; la douleur de ballonnement du ventre s'y opposait constamment. Je ferai encore ici ressortir la différence qui existe sous le rapport du toucher entre le gonflement aigu des ganglions mesentériques qui a lieu dans la dotthenentérie, et la dégénérescence tuberculeuse de ces glandes qui constitue le carreau. Dans ce dernier cas on peut presque toujours sentir les ganglions engorgés malgré l'ascite souvent assez considérable, qui survient constamment dans les phthisies mésentériques.

Poitrine.—La respiration est ordinairement gênée, devient plus fréquente, quelquefois portée à soixante inspirations par minute chez des sujets qui à l'état de santé en ont de vingt à vingt-huit par minute. Dans douze cas elle a été suspirieuse. L'accélération peut être produite, soit par des accidents purement nerveux, soit par le météorisme, soit enfin par le catarrhe pulmonaire qui forme un des symptômes les plus constants de la fièvre typhoïde. Il a manqué dans quatre cas seulement.

Ce catarrhe commence environ vers le cinquième ou le sixième jour de la maladie, je l'ai vu cependant survenir au deuxième, au troisième et au quatrième sur des sujets qui avaient contracté leur maladie à l'hôpital ou qui y étaient arrivés dès l'invasion. Dans des cas assez rares, je l'ai vu débuter du dixième au quinzième jour. Il va toujours croissant jusqu'à une période assez avancée, et persiste quelquefois longtemps après que les phénomènes cérébraux et abdominaux ont cessé. Il est tantôt léger, tantôt assez grave pour compromettre la vie des enfants; tantôt passager, tantôt fort long. Il se reconnaît aux signes suivants : (La percussion ne fournit aucun renseignement). L'application de la main sur la

Poitrine, s'il est intense, fait sentir un frémissement très-marqué. A l'auscultation on trouve au début quelquefois dans toute l'étendue des deux poumons, rarement à un seul, très-souvent à la partie postérieure et inférieure de ces organes, un bruit vésiculaire faible et mêlé de rhoncus, soit seul, soit suivi du râle sibilant. Si le catarrhe est léger, le bruit respiratoire reprend bientôt sa force et sa pureté; s'il est grave, l'expansion pulmonaire diminue, disparaît entièrement, et on n'entend plus qu'un mélange confus de râles sibilant, ronflant, muqueux et sous-crépitant. Ces râles vont en augmentant si la bronchite s'aggrave ou diminuent à mesure qu'elle s'éteint, le râle humide existe seul à la fin, et disparaît ensuite graduellement.

Toux. — La toux est plus ou moins fréquente; quelquefois elle constitue le symptôme le plus saillant de la maladie. Elle est ordinairement grasse, se manifeste en général du quatrième au sixième jour, et continue jusqu'à la guérison.

L'expectoration n'a lieu que rarement; elle ne présente en général rien de particulier; c'est l'excrétion muqueuse de la bronchite simple, mêlée quelquefois d'un peu de sang exhalé dans l'arrière-gorge. Je ne parle pas ici des complications, d'apoplexie pulmonaire, pneumonie, gangrène du poumon, etc.

La voix est habituellement faible, gutturale, saccadée. Dans les cas graves, la parole n'est plus articulée; quand les malades essaient de répondre, ils poussent des sons étouffés et sourds. Dans un cas, j'ai remarqué une altération de la voix momentanée et fort singulière; assez grave à l'état de santé, pour l'âge du sujet, elle était devenue tout à coup fort aiguë, tout à fait semblable à une voix de fausset. Chez un enfant bègue nous avons remarqué un accroissement très-notable et passager de son infirmité. Enfin chez trois sujets, j'ai trouvé une aphonie complète, qui survint brusquement et disparut de même dans deux cas; le troisième a été suivi de mort.

État du cœur.—Le cœur n'a jamais présenté d'altération (une seule fois), on devait s'y attendre théoriquement, d'après la rareté des affections du centre circulatoire chez les enfants. La faiblesse du pouls n'a pas toujours été un signe certain de l'affaiblissement des battements. Jamais à la suite d'évacuations sanguines, copieuses, de purgations répétées, je n'ai entendu de bruit de soufflet à la région précordiale ou sur le trajet des artères. Dans un cas on a trouvé à l'autopsie une péricardite en voie de guérison, qui avait été complétement méconnue pendant la vie.

Complications.—J'ai déjà cité un cas d'erythema nodosum coïncidant avec la fièvre typhoïde; cette complication n'a eu, et ne pouvait avoir aucune influence sur la maladie principale.

Fièvre éruptive.—J'ai observé plusieurs fois des exanthèmes sur des sujets atteints de fièvre typhoïde, mais ils se trouvaient dans les salles au milieu d'un foyer d'infection, et ils ont résisté à ces maladies contagieuses, bien plus énergiquement que les enfants atteints d'autres affections aiguës ou chroniques, ou même que les sujets bien portants qu'on admet quelquefois à l'hôpital. Trois d'entre eux ont été vaccinés pendant le cours de leur maladie, deux ont eu une vaccine légitime, dont l'apparition n'a été nullement retardée; le troisième qui avait été vacciné déjà, a eu une éruption de fausse vaccine. J'ai pu remarquer que les exanthèmes ne survenaient pas pendant la période grave de la maladie; il semble alors que l'économie soit envahie tout entière, et ne puisse admettre une autre affection générale. C'est donc surtout dans la convalescence, qu'on doit craindre l'apparition des exanthèmes; ils viennent s'attaquer à des sujets affaiblis par de longues souffrances, une diète prolongée, et compromettent gravement leur vie. Constamment aussi ces maladies sont modifiées dans l'éruption qui est peu abondante, et toujours pâle, dans les phénomènes précurseurs qui manquent presque constamment.

M. Stokes Dublin (Journal mars 1839) dit avoir souvent remarqué, chez des adultes, atteints de fièvre typhoïde, la diminution de l'impulsion du cœur, la disparition du premier bruit. Nous n'avons rien observé de semblable chez les enfants, bien que cet organe fût toujours exploré avec soin.

On peut voir, d'après cet examen détaillé, des symptômes, qu'il n'en est pas un qui n'ait manqué un certain nombre de fois. Les plus constants de tous sont la céphalalgie, la douleur au ventre, la fièvre, le catarrhe pulmonaire, la diarrhée, l'éruption lenticulaire et les gargouillements.

Dix enfants ont été pris de scarlatine, l'un au début et neuf à la convalescence de la fièvre typhoïde; chez tous, les prodromes ont manqué complétement, l'éruption a été pâle et discrète, la réaction légère, et la guérison a eu lieu dans tous les cas.

Quatre ont eu la rougeole; le premier pendant la période d'augmentation de la fièvre typhoïde; les trois autres après guérison complète. Dans les quatre cas, il n'y a pas eu de prodrome. Trois ont eu une pneumonie lobulaire à laquelle ils ont succombé; le quatrième a guéri, chez lui la rougeole était simple.

Deux ont eu une varicelle discrète sans réaction ni prodrome pendant la convalescence; un une varioloïde également bénigne, un une variole.

Un enfant variolé depuis plusieurs années, guéri de la fièvre typhoïde, a eu une seconde variole suivie de résorption purulente, apoplexie pulmonaire; il a succombé.

Un autre a eu une urticaire au début; il est mort avec des symptômes cérébraux. Deux ont eu une miliaire presque apyrétique dans la période du déclin, et sans aucun accident.

Deux autres ont eu à la fin de la maladie un érysipèle de la face, qui ne leur donna de la fièvre que pour quelques jours, encore fut-elle fort légère. Deux enfants atteints de gale, et deux autres atteints de prurigo, ont vu leur affection cutanée, suspendue pendant le cours de la fièvre typhoïde, reparaître après la guérison.

La pneumonie *et* la pleurésie au contraire se développent indifféremment à toutes les périodes de la maladie. Vingt-deux enfants ont été atteints de pneumonie, et quinze sont morts. Cette pneumonie a été tantôt lobaire simple ou double (12 fois,) tantôt lobaire (4 fois), tantôt à la fois lobaire et lobulaire (6 fois). Le nombre des pneumonies paraîtra peut-être peu nombreux quand on se rappelle que chez la plupart des enfants jeunes, qui succombent à quelque affection que ce soit (à l'hôpital des Enfants du moins), on trouve une hépatisation lobaire ou lobulaire des poumons plus ou moins étendue; mais il faut remarquer que ces pneumonies deviennent moins fréquentes à mesure qu'on s'éloigne de la deuxième année, et nos sujets étaient presque tous âgés de plus de quatre ans.

La pleurésie a été plus rare, on l'a observée quatre fois seulement; encore dans deux de ces cas, elle coïncidait avec une pneumonie.

Trois ont eu une apoplexie pulmonaire assez étendue, jointe à la pneumonie. Tous ces enfants, atteints de complication du côté de la poitrine, ont éprouvé une gêne considérable de la respiration. Leur mort a paru déterminée plutôt par les lésions des poumons que par celles de l'intestin; ils avaient une toux fréquente sans expectoration (deux ont eu des crachats écumeux incolores habituellement, quatre ont eu des crachats rouillés ou mêlés de sang noir), leur face était violacée; il sont morts asphyxiés. On n'a pas pu dans tous les cas trouver à l'auscultation les signes de la pneumonie; elle a été plutôt soupçonnée que reconnue dans des cas où la faiblesse du malade s'opposait à l'examen de la poitrine. Chez les autres on entendait un mélange de râle sous-crépitant et de souffle bronchique; chez ceux qui ont guéri, au contraire, on a toujours pu constater par l'auscultation, la présence de la pneumonie ou de la pleurésie, reconnaissables aux mêmes signes stéthoscopiques que chez l'adulte.

Phthisie. — Dans quatre cas, suivis de guérison, les enfants sont sortis de l'hôpital présentant au sommet des poumons des signes de tubercules ramollis, matité sous-claviculaire, craquements, expiration prolongée, bronchophonie; deux ont succombé quelques mois plus tard à une phthisie générale très-avancée. Avant la fièvre typhoïde, ils n'avaient présenté aucun symptôme de tubercules.

Gangrène du poumon. — Un de nos malades a été pris, dans la période de décroissement, d'une gangrène du poumon; la dyspnée, l'affaissement général, l'odeur fétide de l'haleine avaient fait reconnaître cette complication pendant la vie.

Perforation intestinale. — Deux des enfants dont j'ai recueilli l'histoire ont succombé à cet accident, et j'étais présent quand il a eu lieu. Quatre faits semblables ont été observés: un à l'hôpital des Enfants, un par moi-même en 1834, un en 1835, et deux en 1838 par MM. Husson fils et Barrier, internes de cet hôpital. Trois de ces enfants avaient eu des fièvres typhoïdes graves, dont les accidents commençaient à se calmer, ou avaient entièrement disparu, quand ils ont éprouvé ces symptômes funestes; le quatrième, vu par M. Barrier, passa seulement quelques jours au lit. Les deux que j'ai observés, ont été pris subitement de douleurs atroces, d'abord limitées au flanc droit, qui bientôt se sont propagées à tout l'abdomen; ils ont poussé des cris aigus, leur face est devenue grippée, couverte de sueur froide; dans un cas, j'ai pu noter l'odeur particulière (odeur de souris). Dans un cas, les selles se sont supprimées; tous deux ont vomi abondamment des matières porracées; le pouls était petit, très-fréquent, irrégulier, la peau froide et poisseuse, le ventre horriblement douloureux au toucher, la respiration embarrassée; ils sont morts en moins de trente-six heures.

Un enfant convalescent d'une fièvre typhoïde grave, qui avait été prise pour une pneumonie, et traitée par des saignées larges et répétées, commençait à se rétablir, quoique lentement, à l'aide de laxatifs et de toniques que M. Bouneau lui avait prescrits dès son entrée dans le service des maladies aiguës, quand il fut pris un soir de nausées, de constipation, de douleurs vives au flanc droit. La face se décomposait, le pouls devenait petit et fréquent; je lui donnai sur le champ deux gouttes d'huile de croton tiglium, qui provoquèrent des selles et des vomissements abondants, et les accidents disparurent comme par enchantement. La perforation se serait-elle produite sans ces évacuations, ou avions-nous affaire à une invagination? c'est ce qu'on ne saurait décider.

Escarres. — On voit chez les enfants, mais moins souvent que chez les adultes (7 fois), des escarres se former aux parties sur lesquelles repose le corps. On ne les rencontre guère que dans les formes graves, l'adynamique particulièrement, et à une période fort avancée de la maladie; elles siégent de préférence au sacrum, puis aux grands trochanters. Une seule fois chez un enfant de quatorze ans, traité en ville, et apporté à l'hôpital après deux mois de maladie, j'ai vu des escarres simultanées aux hanches, au sacrum, aux ge-

noux, aux coudes et à la face. Dans ce cas, la suppuration s'est tarie tout à coup, et il y a eu résorption purulente, abcès métastatiques. Ces escarres s'annoncent par une rougeur violacée de la peau, puis la couleur devient noirâtre, l'épiderme s'enlève, le corps muqueux se dessèche, se racornit, la peau mortifiée se détache, et laisse à nu une plaie qui peut se creuser, mais qui, le plus souvent, tend vers la cicatrisation; cet accident vient encore augmenter le délire et prolonger sa durée. J'ai vu trois fois les escarres débuter d'une autre manière: elles ont succédé à une éruption vésiculeuse, ayant son siége au sacrum et aux trochanters, et produite par le contact des matières alvines, l'épiderme une fois enlevée, la peau s'est mortifiée comme dans les cas précédents. Cinq fois j'ai vu cette éruption vésiculeuse, sans que des escarres leur aient succédé.

Artérite. — J'ai observé avec M. Rilliet un garçon de treize ans qui, quatre jours après la guérison d'une fièvre typhoïde qui avait duré trente jours, fut pris de tous les symptômes d'une artérite du membre inférieur gauche, douleurs sur le trajet de l'artère, depuis l'aine jusqu'au pied; cessation complète des battements artériels, diminution de la chaleur des mouvements, empâtement du membre, développement extraordinaire des veines sous-cutanées. On lui appliqua des sangsues à l'aine, on lui fit des frictions sur les membres avec le baume tranquille et la teinture de scille et de digitale; la guérison fut obtenue en seize jours; les battements artériels n'étaient perceptibles en aucun point du membre, mais il avait repris son volume, sa force et ses mouvements, la marche n'était nullement gênée.

Croup. — Je ne devrais peut-être pas parler ici d'un cas dans lequel un enfant guéri de la fièvre typhoïde a été pris d'un croup membraneux, auquel il a succombé. La diphthérite n'était nullement liée à la maladie première, mais elle a eu ce résultat funeste qu'elle a détourné le médecin d'employer des moyens actifs, qui, chez un enfant robuste, auraient pu entraver la marche de l'affection.

Cinq enfants ont été pris de stomatite couenneuse ou ulcéreuse, un d'ophthalmie catarrhale, un de fièvre intermittente.

Nous n'avons jamais observé d'autres complications.

Divisions, formes.—La fièvre typhoïde n'est pas toujours aussi grave que je viens de la décrire; on observe aussi un bon nombre de cas fort légers, dans lesquels on voit, mais réduits à des proportions minimes, à une durée fort courte, les symptômes que j'ai énumérés. Cas légers, 33; moyennement graves, 23; graves, 65.

Elle présente aussi quelques variétés, relativement à sa forme; celle-ci diffère suivant que telle ou telle série d'organes est plus spécialement affectée. On peut admettre, d'après l'observation, une forme cérébrale adynamique ou ataxique, une forme pectorale, une forme abdominale, enfin une forme générale qui les résume toutes; je n'ai jamais vu la forme arthritique décrite par M. Chomel; mais les maladies aiguës des articulations sont extrêmement rares chez les enfants. Forme cérébrale, 9 cas; pectorale, 18; abdominale, 27; générale 67.

Anomalie dans la marche.— J'ai noté deux fois en 1839 une anomalie, singulière de la marche de la dothiémentérie, je veux parler de récidives. Dans le premier cas, un garçon de treize ans, convalescent au dix-septième jour, qui mangeait avec appétit, se levait dans la salle, n'avait plus ni fièvre, ni diarrhée, fut repris après dix jours d'un état satisfaisant, de tous les symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde: fièvre, vomissement, diarrhée, céphalalgie, douleurs au ventre, gargouillement, éruption de taches lenticulaires, de sudamina, catarrhe pulmonaire, etc. Cette seconde fièvre typhoïde, traitée comme la première par les purgatifs, ne dura que douze jours, et se termina par la guérison.

Un autre garçon, âgé de onze ans, guéri au trente et unième jour de maladie, revint à l'hôpital onze jours après sa guérison, cinq jours après sa sortie, présentant les mêmes symptômes qu'à sa première entrée: fièvre, céphalalgie, diarrhée, gargouillements, météorisme, éruption lenticulaire, sudamina, bronchite. La récidive dura cette fois vingt-cinq jours, et se termina par la guérison; la première attaque avait été traitée par les purgatifs, la seconde le fut par les émissions sanguines locales et les opiacés.

Diagnostic. — La fièvre typhoïde est en général aussi facile à reconnaître chez les enfants que chez les adultes, et une fois qu'on se sera bien persuadé de la fréquence de cette affection dans le jeune âge, on commettra bien moins souvent l'erreur de diagnostic, si commune encore aujourd'hui. On a pour se guider le facies particulier, la stupeur, la céphalalgie, le délire, l'assoupissement, la carphologie, la soif, la diarrhée, la fièvre, les taches lenticulaires, les sudamina, l'état de la langue, le météorisme, les gargouillements, le gonflement de la rate, le catarrhe pulmonaire, etc. Il n'est aucune affection des enfants qui présente tous ces symptômes réunis, et j'ai dit que jamais je n'avais trouvé chez les enfants, les taches lenticulaires dans aucune autre maladie; toutefois il est des cas où le praticien peut être embarrassé, par exemple quand il ne peut obtenir de renseignements sur le début et la marche de la maladie, quand il est appelé au moment de la convalescence d'une fièvre typhoïde légère, et enfin quand la fièvre typhoïde ne suit pas une marche régulière; ce dernier cas est fort heureusement très-rare.

On pourra méconnaître la maladie, et croire à l'existence d'une méningite, surtout chez des enfants très-jeunes. Chez un sujet de quatre et un autre de six ans, on a hésité plusieurs fois à fixer le diagnostic ; on opinait tantôt pour une méningite, tantôt pour une fièvre typhoïde; les doutes ne se sont dissipés qu'au bout de deux jours dans le premier cas, de quatre dans le second. Les symptômes cérébraux qui prédominaient se sont calmés, et la guérison a eu lieu ; chez un troisième âgé de quatre ans, sur l'état antérieur duquel on n'avait que peu de renseignements, j'ai cru jusqu'à la mort à l'existence d'une méningite, et l'autopsie nous a révélé une altération évidente des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques, avec absence complète de lésions dans les centres nerveux; mais pour faire excuser notre erreur, nous pouvons alléguer l'absence de renseignement exacts, de plus, la forme cérébrale de la maladie, des vomissements au début, la diarrhée peu considérable, l'exaltation de la sensibilité, la respiration suspirieuse, l'absence de l'éruption cutanée, la raideur des membres ; toutefois la rapidité de la mort, sans convulsion, sans strabisme, sans paralysie, aurait dû nous faire porter un diagnostic exact.

On distinguera la méningite, aux vomissements, à la respiration suspirieuse qui ne se voient qu'assez rarement dans la fièvre typhoïde, et ne manquent jamais dans l'affection cérébrale; au strasbisme, aux convulsions, à la paralysie partielle, aux cris aigus, aux variations fréquentes du pouls, à son ralentissement momentané, à la rétraction du ventre, à l'absence du catarrhe pulmonaire, au facies cérébral, aux alternatives de pâleur et de coloration de la face.

Au début de certaines fièvres éruptives, le diagnostic pourra être un instant douteux, mais on les distinguera de la fièvre typhoïde à des signes positifs ; toutes sont accompagnées de vomissements, de douleurs à la gorge, d'une odeur particulière de l'haleine.

Dans la variole, il y a de la constipation, quelquefois des convulsions, et toujours un lumbago, qui à lui seul ferait reconnaître la maladie.

Dans la scarlatine, l'invasion est brusque, l'angine très-forte, et l'éruption survient dès le second jour de la maladie.

La rougeole est, comme la fièvre typhoïde, accompagnée de diarrhée, d'un catarrhe pulmonaire intense; mais cette bronchite est bien plus précoce, et il y a en même temps un coryza, un larmoiement des yeux, qui ne se retrouvent jamais dans l'affection qui nous occupe. Une fois cependant, sur un garçon âgé de douze ans, la rougeole dont l'éruption était tardive, et s'accompagnait de symptômes adynamiques, on hésita le premier jour à fixer le diagnostic, mais le lendemain l'éruption vint dissiper les doutes.

L'embarras gastrique, l'entérite, la colite, les fièvres éphémères, affections si communes chez les enfants, peuvent être confondues, mais pendant quelques jours seulement, avec des cas légers de fièvre typhoïde; il y a de la fièvre, de la diarrhée, de la douleur au ventre, du dégoût pour les aliments, mais on n'observe pas le délire, l'assoupissement, la stupeur, ni enfin les éruptions que nous avons signalées.

Les pneumonies qui ne marchent pas franchement, les pneumonies diffuses de celles que l'on a appelées bâtardes, s'accompagnent quelquefois au début de phénomènes cérébraux et abdominaux qui pourraient faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde pectorale; mais avec un peu d'attention l'on peut se mettre à l'abri de cette erreur: nous n'en avons jamais vu commettre de semblable.

Dans trois cas de phthisie aiguë, portant à la fois sur le poumon et les intestins, nous avons observé du délire, de l'assoupissement, de la diarrhée, du météorisme, des gargouillements comme dans la fièvre typhoïde. On trouvait des sudamina au cou, mais l'éruption lenticulaire manquait, et était remplacée dans deux cas par l'éruption vésiculeuse que j'ai décrite, et au bout de quelques jours l'auscultation, fit reconnaître un ramollissement général des tubercules dans deux cas, et dans le troisième un pneumo-thorax.

Si nous avons eu à nous reprocher de rares erreurs et quelques incertitudes passagères, nous avons vu nombre de fois des méprises faites par des praticiens de la ville; chez les sujets qui avaient été traités chez eux, nous avons presque toujours pu nous assurer que les médecins avaient employé un traitement actif, croyant avoir affaire à une méningite, que d'autres avaient donné des vermifuges, sans qu'aucun helminthe eût jamais été rendus.

TAUPIN, D. M. P.

(La fin au prochain numéro.)

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, par J.-F. Malgaigne.

On s'est beaucoup élevé dans ces derniers temps contre les manuels; nous mêmes, nous l'avouons, nous ne sommes guère partisans de cette sorte d'ouvrage. Cependant, il faut le reconnaître, les manuels répondent à un besoin ; et s'ils sont bien faits, ils sont appelés à rendre un légitime service: il y aurait donc injustice à envelopper dans la même proscription tous les manuels indistinctement. Nous pensons par exemple, que le Manuel de médecine opératoire, dont nous allons rendre compte, est du nombre de ceux qui doivent être accueillis avec quelque faveur par la critique.

Dans une courte préface, l'auteur consacre quelques lignes au titre même de son ouvrage. Sous le nom de médecine opératoire

l'usage lui interdisait de parler de tout ce qui a trait à l'application des bandages, à la réduction des fractures, des luxations ; œuvres de la main, dit l'auteur, tout aussi laborieuses que les autres. Sous ce point de vue, continue M. Malgaigne, les chirurgiens anglais sont beaucoup plus avancés que nous ; ce qu'ils ont justement réuni, nous l'avons divisé, en sorte que nous ne décrivons dans nos ouvrages de médecine opératoire qu'une partie de la science. Nous sommes entièrement de l'avis de l'auteur, et comme lui, nous souhaitons qu'un jour on adopte chez nous la manière dont les Anglais envisagent la médecine opératoire, et ce même titre plus convenable qu'ils lui ont donné, celui de *chirurgie opératoire*. Nous ne regrettons qu'une chose, c'est que M. Malgaigne n'ait pas pris l'initiative de cette sage réforme.

Le Manuel de médecine opératoire de M. Malgaigne est divisé en trois grandes sections : la première section comprend les éléments généraux des opérations, ou les opérations élémentaires; la deuxième, les opérations générales, opérations communes ou petite chirurgie, puis les amputations ; enfin la troisième section comprend les opérations spéciales, celles qui se pratiquent sur les différents appareils.

L'auteur expose dans la première section, tout ce qui est relatif à l'incision, dont il n'a pas besoin, dit-il, de faire sentir l'importance, puisque dans ses variétés et dans ses applications, elle constitue au moins la moitié de la médecine opératoire ; suit l'énumération complète des divers instruments à l'aide desquels on pratique l'incision. Dans ce chapitre, M. Malgaigne ne s'est pas borné à une nomenclature sèche et aride, il y a joint quelques considérations importantes, qui jettent de l'intérêt sur un sujet qui paraît en comporter si peu.

Après avoir parlé des instruments, l'auteur passe en revue les différentes méthodes opératoires des incisions; la cautérisation lui fournit ensuite un paragraphe intéressant, plein de détails curieux et neufs.

Le chapitre troisième est consacré à la ligature en masse. Tout le monde connaît les beaux travaux de M. Mayor; M. Malgaigne les reproduit en partie, et certes il ne pouvait puiser à meilleure source, comme il a soin d'ailleurs de le reconnaître lui-même; toutefois il ne partage pas entièrement les idées du célèbre chirurgien de Lausanne.

Dans le quatrième chapitre, l'auteur traite des procédés propres à arrêter l'effusion du sang, de l'hémostatique chirurgicale générale; il les divise en trois classes : les uns sont destinés à prévenir l'hémorrhagie avant l'opération, les autres à la suspendre pendant qu'on opère, les derniers enfin à la réprimer définitivement, après que l'opération est achevée. Nous approuvons cette division méthodique.

Le paragraphe qui traite des procédés spéciaux de la compression est un de ceux dont la lecture nous a le plus satisfaits. Il est impossible de rappeler en moins de mots et avec plus de justesse et de netteté, les points anatomiques où la compression doit être exercée sur les divers artères, et dans les différentes régions du corps, comme le cou, l'aisselle, etc. Plus d'un chirurgien, nous n'en doutons pas, relira souvent ces quelques lignes, comme un mémento précieux, comme un guide aussi sûr que fidèle.

Si nous passons à la deuxième section, nous arrivons aux opérations de petite chirurgie, qui se divisent, à part l'application des bandages, en quatre sortes d'opérations : les émissions sanguines, les exutoires, la vaccination et l'acupuncture.

Le premier chapitre renferme des considérations d'une utilité pratique incontestable. Le deuxième comprend les opérations qui se pratiquent sur l'épiderme et ses dépendances ; le troisième, celles qui se pratiquent sur les dents. M. Malgaigne passe ensuite aux opérations qui intéressent spécialement le tissu cellulaire, telles que les abcès, les tumeurs, les plaies et corps étrangers, l'autoplastie chirurgicale, les cicatrices vicieuses, etc., etc.

Les chapitres qui traitent des opérations qui se pratiquent sur les veines et sur les artères, sur les os et leurs dépendances, renferment ce que la science possède sur ces points, de règles judicieuses, et consacrées par une saine et longue expérience.

Puis vient le chapitre des amputations. M. Malgaigne les divise comme la plupart des chirurgiens, en deux grandes classes, suivant qu'elles portent sur la continuité des os des membres, ou sur leur contiguité. Dans ce chapitre, toutes les méthodes et procédés généraux sont rappelés, ainsi que les règles qui président aux amputations, les accidents qui les suivent, etc. Tout en mentionnant les divers procédés de nos plus grands chirurgiens, M. Malgaigne cite ceux qui sont adoptés ou rejetés de nos jours, et les fait précéder d'une description anatomique succincte, pour rappeler à la mémoire ce qui a pu être oublié, et éviter par là des écueils aux praticiens.

Nous arrivons à la troisième section qui a trait aux opérations spéciales. Le premier chapitre renferme les opérations qui se pratiquent sur les yeux : l'auteur traite successivement de celles qui affectent les parties accessoires de l'appareil de la vision, et de celles qui intéressent le globe oculaire lui-même. Elles ont toutes ceci de commun, que quand on opère sur l'œil gauche, on se sert à merveille de la main droite, mais pour l'œil droit, on recommande de tenir les instruments de la main gauche, chose souvent imprudente et toujours fort difficile, M. Malgaigne, pénétré de cette vérité pratique, a établi un principe nouveau, qui paraît d'une haute importance : *Dans tous les cas où il est conseillé de se servir de la main gauche, le chirurgien devra se placer en arrière, ou à côté du malade, et agir toujours de la main droite.*

Les chapitres suivants mentionnent les opé-

rations qui se pratiquent sur les appareils de l'audition, de l'olfaction, de la gustation, celles qui affectent les voies aériennes ou l'œsophage; enfin celles qui se font sur le thorax, sur l'abdomen, sur le rectum et l'anus, et sur les organes génito urinaires de l'homme et de la femme.

Tous ces articles renferment une foule de considérations et d'aperçus intéressants, qui auraient pu manquer dans un manuel, sans qu'on fût en droit d'en faire un reproche à l'auteur; mais aussi l'ouvrage de M. Malgaigne est-il du nombre de ceux qui dépassent ce qu'on doit attendre du titre modeste qu'il lui a donné.

Notre article est arrivé déjà aux limites que nous prescrit ce journal, et cependant nous n'avons fait qu'ébaucher l'analyse de ce volume. A peine si nous avons exposé les matières qu'il renferme : nous regrettons vivement de ne pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les appréciations judicieuses que nous avons rencontrées dans tout l'ouvrage; toutefois nous croyons en avoir dit assez pour faire comprendre le mérite de ce livre, auquel nous renvoyons avec plaisir.

Aphorismes d'Hippocrate, traduits en français avec le texte en regard et des notes, par F. Lallemand et A. Pappas.

Pour quiconque examine attentivement ce qui se passe aujourd'hui dans les idées médicales, il est facile de constater une réaction en faveur de la médecine hippocratique, réaction de jour en jour plus évidente et plus irrésistible. Mais, pour mieux comprendre ce mouvement incontestable, il est bon de jeter un instant un coup d'œil en arrière. Il y a quelques années à peine, un des plus puissants génies dont la médecine puisse se glorifier, Broussais parut. Avec ses idées entières, absolues, l'immortel auteur de la doctrine physiologique voulut faire table rase, et, il faut le dire, il y réussit presque complétement. Dès ce moment le passé fut compté pour rien : ni les Stoll, ni les Sydenham ne trouvèrent grâce devant ce hardi réformateur.

L'oracle de Cos, Hippocrate lui-même, fut compris dans cet anathème général : un nouvel oracle avait surgi, l'oracle français sous la loi duquel se rangea tout le monde médical, on peut l'affirmer; car si quelques protestations timides voulurent s'élever, elles se perdirent sans écho, au milieu du concert d'acclamations qui saluèrent le nouveau Messie. Toutefois cela dura peu; et par un de ces changements dont les annales de l'art nous offrent plus d'un exemple, l'effervescence, l'enthousiasme et le fanatisme même, suscités par l'apparition du système de Broussais, ne tardèrent pas à se calmer et à s'éteindre. Alors seulement, la critique qui juge de sang-froid, qui observe sans se laisser éblouir par les prestiges de la renommée, la saine critique rendue à la liberté, put faire entendre sa voix. Elle en appela des décisions souveraines portées par le dictateur de l'école physiologique; et il fut constant pour tout esprit éclairé aussi bien qu'impartial, que Broussais était allé trop loin; il fut démontré que l'antiquité nous avait laissé d'impérissables monuments, dignes encore de notre respect et de nos hommages. La mémoire des anciens fut donc réhabilitée : le nom d'Hippocrate remis en honneur, son culte rétabli. Heureuse et salutaire réaction, à laquelle a cédé sans doute l'illustre auteur de la nouvelle traduction que nous annonçons au public. Ecoutons d'ailleurs parler M. Lallemand lui-même. Hippocrate, dit-il, comme Aristote et tant de profonds génies fournis dans tous les genres par la féconde Grèce, a bien vu tout ce qu'il était alors possible d'apercevoir; il en a tiré de larges conséquences; il semble même avoir deviné ce qu'il ne pouvait constater directement, et ses écrits ont semé le germe d'une foule de vérités que l'avenir devait faire éclore. Dans tel passage où l'on ne croit trouver au premier coup d'œil que la trace des erreurs de l'espèce humaine, on est souvent surpris de découvrir quelque pensée profonde, méconnue des traducteurs et des commentateurs étrangers à l'exercice de l'art, quelque vérité ignorée des praticiens qui n'ont consulté que des traductions. Ces espèces de découvertes se multiplient à mesure qu'on se familiarise davantage avec le style et le idées d'Hippocrate, qu'on entre plus avant dans son intimité, qu'on possède mieux soi-même la matière dont il traite. Aussi, s'écrie M. Lallemand dans sa préface, c'est avec délices que je consacre mes loisirs à l'étude de ce grand génie, car j'y trouve toujours un charme nouveau. De pareilles paroles, sorties de la plume qui a écrit les lettres sur les maladies de l'encéphale, portent avec elles un grave enseignement. Quand M. Lallemand, un homme placé si haut dans la science, ne craint pas de méditer Hippocrate, de le traduire même, pour favoriser, comme il le dit, l'étude trop négligée du père de la médecine, qui donc se croira en droit de négliger Hippocrate, de dédaigner les utiles préceptes, les excellentes et éternelles leçons qu'il nous a laissés? Nous le répétons, M. Lallemand, traducteur d'Hippocrate, est à la fois un auxiliaire puissant et une confirmation éclatante du mouvement qui, comme nous l'annoncions, nous entraîne de nouveau vers la médecine hippocratique; que, si d'ailleurs nous voulions en donner d'autres preuves encore, elles ne nous manqueraient pas.

Nous pourrions citer à l'appui de notre opinion les auteurs les plus recommandables de notre époque qui tous, plus ou moins, marchent dans cette nouvelle direction; et certes, nous devons nous féliciter d'une pareille tendance. Quel guide plus sûr pouvons-nous trouver, en effet, que celui qui le premier a proclamé la seule méthode qui puisse nous conduire à la vérité, la méthode d'observation, qu'il a su appliquer à l'étude de l'homme malade, avec une sagacité et une pénétration d'esprit qui n'ont point été dépassées depuis. Si

dans cette voie tracée par le père de la médecine, l'art n'a pas ces jours de splendeur et d'éclat que jettent sur lui d'ingénieux et brillants systèmes ; par une suffisante compensation, il est à l'abri de ces écarts si souvent funestes à l'humanité, de ces révolutions soudaines et répétées, qui changeant continuellement la face de la science, en retardant les progrès, accusent l'instabilité de la médecine, et font douter de sa puissance.

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent cette nouvelle traduction des aphorismes d'Hippocrate que sous le point de vue philosophique. Si nous l'examinons maintenant comme traduction, nous dirons qu'elle nous paraît supérieure à toutes celles qu'on a faites jusqu'ici. En effet, parmi les nombreuses traductions que nous avons des aphorismes d'Hippocrate, les unes, pour être littérales, tombent souvent dans l'obscur, dans l'inintelligible, et quelquefois même dans de grossiers contresens ; les autres, s'attachant plutôt à l'esprit qu'à la lettre, se jettent trop souvent dans les interprétations qui altèrent et défigurent l'original. M. Lallemand s'est proposé d'éviter ces deux écueils qu'il a entrevus et signalés. Il s'est adjoint dans son travail M. Pappas, Grec d'origine, profondément versé dans la langue de ses ancêtres, qu'il cultive avec passion ; c'est donc encore une recommandation puissante en faveur du mérite de la nouvelle traduction. Celle-ci, écrite dans notre langue, est non-seulement remarquable par un style clair et concis, mais elle a encore le rare avantage de rendre toujours, sinon la forme, du moins le véritable sens du texte grec. Jamais, nous le croyons, la pensée d'Hippocrate n'a été mieux reproduite, plus fidèlement représentée que dans cette traduction.

Si parfois le texte français vous paraît un peu vague, n'accusez pas le traducteur, c'est que ce vague existe dans le texte grec lui-même, et M. Lallemand préfère le laisser subsister dans sa traduction, plutôt que d'avoir recours aux interprétations. M. Lallemand est avant tout traducteur, et s'il se fait par instants commentateur, c'est dans des notes particulières qu'il a répandues en assez grand nombre dans ce volume. Ces notes, où l'on retrouve la vaste érudition, le grand talent d'observation, le jugement sûr qui distinguent M. Lallemand, ne laissent pas que d'ajouter un nouvel intérêt à cette traduction. Nous avons dit que personne n'avait mieux reproduit la pensée d'Hippocrate, nous pouvons ajouter que personne ne l'a mieux commentée, et les notes dont M. Lallemand a enrichi sa traduction sont dignes de cette traduction elle-même, comme celle-ci est digne du père de la médecine.

Recherches cliniques pour servir à l'étude pratique de la résection de la mâchoire inférieure, par Louis de Wanker.

Le traducteur de l'ouvrage du docteur Wœnker pense qu'il est utile de faire connaître à la science tous les documents sur la *résection de la mâchoire inférieure ;* le nombre et les résultats de ces opérations pourront peut-être nous permettre plus tard d'arriver à une appréciation pratique de quelque valeur.

Nous allons reproduire l'énumération du docteur Wœnker, mais il est pour nous hors de doute que beaucoup d'opérations lui sont restées inconnues ; il en sera tenu compte dans des recherches ultérieures.

La résection de la mâchoire inférieure est faite soit dans la continuité de l'os, soit dans la contiguité, et dans ce cas on enlève ordinairement une moitié du maxillaire : de 1810 à 1830, elle a été pratiquée soixante et une fois de la première manière : de 1793 à 1831, dix-huit fois de la seconde. Sur les soixante et une opérations, quarante et une ont été suivies de succès, onze ont eu un résultat funeste ; on ne trouve pas d'indications pour l'issue des neuf restantes.

Sur les dix-huit opérés, onze ont guéri, cinq ont succombé ; la mort de deux de ceux-ci doit être attribuée à la ligature de l'artère carotide; celle d'un troisième, qui eut lieu le trentième jour, à une épilepsie arrivée à son dernier degré : un quatrième succomba le treizième jour à une péripneumonie.

Depuis 1831, dix-huit opérations de la mâchoire ont encore été pratiquées, deux seulement ne furent pas suivies de succès.

Rappelons ces nouveaux faits:

1° En 1831, Schlinder de Greiffenberg enleva à une jeune fille de 29 ans la moitié de la mâchoire inférieure, pour un ostéostéatome qui avait commencé par une alvéole. L'artère carotide ne fut point liée : la malade était guérie au bout de six semaines. (Von Graefe und Walthers journal; 1832, Bd. XVIII, Heft. 3.).

2 Bierkowsky de Varsovie pratiqua la même opération pour une carie du maxillaire. La guérison fut complète le quarante-neuvième jour. (Von Graefe und Walthers journal; 1832, Bd. XVIII.; Heft. 4.)

3° Brett opéra avec succès un sujet de vingt-sept ans pour une affection d'abord alvéolaire. (Transactions of the medical and physical Society of Calcutta; 1831, vol. v.)

4° Hetting enleva la moitié de la mâchoire inférieure et une portion du maxillaire supérieur à une jeune fille scrofuleuse de vingt-trois ans, chez laquelle un cancer médullaire avait envahi les deux os, le voile du palais et une partie de la joue. Malgré l'étendue considérable de la plaie, la guérison fut complète au bout de sept semaines. (Transactions of the provincial medical and physical Associat. London, 1833, vol. I.)

5° Martin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, a pratiqué une résection de la mâchoire inférieure. (Gazette médicale de Paris; 1833, page 688.)

6° Gogrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, enleva une portion du maxillaire inférieur pour un cancer qui s'était primitive-

ment développé dans les parties molles. (Ibidem.)

7° Gerdy enleva en 1833 une portion de la mâchoire à un vieillard de soixante ans, pour un cancer qui avait débuté dans les lèvres. Le malade succomba à un érysipèle. (Archives générales de méd.; septembre 1835.)

8° Gerdy pratiqua la même opération en 1834, à un vieillard de soixante ans, fort affaibli, pour une tumeur cancéreuse du bord alvéolaire et du volume d'une noix. Le malade mourut d'épuisement le neuvième jour. (Ib.)

9° Frike enleva à un homme de soixante ans la langue et les deux tiers de la mâchoire inférieure, pour un cancer qui avait envahi ces parties. Trente-sept points de suture furent pratiqués; le malade guérit parfaitement. (Hambourg. Zeitschrift für die gesammte medizin; 1833, Bd. I, Heft. 3.)

10° Regnoli enleva par cette opération, à un matelot corse âgé de quarante ans, un fongus hœmatodes du périoste, qui avait le volume d'une tête d'enfant. Le succès fut complet. (Intorno l'amputazione di quasi la metà della maseilla inferiore brevi cenni, del dott. G. Regnoli. Pisa, 1834.)

11° En 1833, Chelius opéra une femme de trente-deux ans, pour un ostéosarcome qui, seize ans auparavant, limité au bord alvéolaire, avait déjà nécessité l'ablation du bord de la mâchoire. (Medizinische annalen von Heidelberg; 1836, Bd. I, Heft. 1.)

12. Frank de Casan a enlevé avec succès une portion de la mâchoire à un jeune Tartare âgé de quatorze ans. (Von Graefe und Walthers journal; 1836, Bd. XXIV, Heft. 3.)

13° Beck a désarticulé la mâchoire à un malade qui avait une carie et une nécrose de cet os, et de larges ulcérations des parties molles. (Communication orale de Beck.)

14° Beck a enlevé une partie de la mâchoire et l'apophyse coronoïde avec succès. (Communication orale.)

15° Beck a aussi enlevé avec succès l'angle de la mâchoire. (Communication orale.)

16° Chelius a pratiqué la resection de la moitié de la mâchoire pour un ostéosarcome.

17° Pélican de Wilna a heureusement pratiqué la résection partielle maxillaire inférieure. (Von Graefe und Welthers journal; 1836, Bd. XXIV., Heft. 3.)

18° Jagielski a enlevé la moitié droite de la mâchoire inférieure à une femme de quarante-quatre ans, qui portait un ostéosarcome du volume des deux poings.

Toutes ces observations nous montrent que la résection de la mâchoire inférieure n'est pas une opération extrêmement grave par elle-même, et à laquelle il ne faille recourir que lorsque la mort du malade est imminente, puisque dans un grand nombre de cas le succès paraît se manifester.

Ainsi cette énumération de faits empruntés aux Recherches du docteur Wœnker, pourra fournir quelques données utiles, et nous remercions le traducteur de les avoir réunis en groupes pour servir ultérieurement de règle de conduite aux opérateurs.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES DE MÉDECINE.

De l'influence des préparations mercurielles sur les effets de l'inoculation du vaccin et de la variole, par M. Briquet.

M. Briquet, dans un travail précédent, avait déjà établi l'influence favorable des emplâtres mercuriels sur les éruptions varioleuses; il avait fait voir que, suivant l'époque à laquelle se faisait l'application de ces topiques, et suivant l'intensité de l'éruption, on pouvait obtenir la résolution complète, la transformation en vésicules, ou enfin l'induration tuberculeuse des pustules, et que, dans tous les cas, en diminuant notablement l'inflammation de la peau, on influençait très-avantageusement la marche de la maladie, et on prévenait la formation des cicatrices difformes.

L'objet du travail que nous allons analyser est de faire connaître par quel mécanisme les préparations mercurielles ont une influence si favorable sur les effets de l'inoculation du vaccin et de la variole.

M. Briquet admet deux modes d'action bien distincts pour expliquer cette influence : ou bien le mercure agit soit comme un antiphlogistique, soit comme un résolutif, en détruisant le travail inflammatoire local, ou bien il possède un mode d'action spécial, il influence la cause elle-même, qui excite le développement du bouton varioleux.

Pour résoudre ce problème, l'auteur de ce mémoire commence par examiner avec soin les effets des topiques mercuriels sur les diverses espèces d'inflammations de la peau. D'abord il constate que, dans les phlegmasies cutanées artificielles, les préparations diverses de mercure n'ont aucun effet. Leur influence sur les inflammations naissantes n'a pas été plus heureuse : elles n'ont point empêché les substances irritantes de produire leurs effets accoutumés, puisque, dans ces cas, des inflammations érythémateuses, vésiculeuses et pustuleuses sont nées et arrivées à leur summum d'intensité, malgré le contact permanent de ces préparations.

L'efficacité de ces dernières sera-t-elle plus grande dans les inflammations déjà développées?

Les expériences n'ont pas donné à M. Briquet de meilleurs résultats que les précédents.

Nous arrivons à un autre ordre de phénomènes, aux inflammations de la peau que l'auteur appelle *naturelles*, par opposition aux inflammations artificielles. L'action des emplâtres mercuriels et du mercure n'est plus alors aussi facile à déterminer; en effet, la marche de ces inflammations est très-variable, et les médecins ne sont pas d'accord sur les résultats des applications du mercure. Beaucoup de praticiens, après avoir obtenu d'abord des effets presque miraculeux des onctions

mercurielles, ont fini par renoncer à cette médication, et par lui substituer une simple pommade d'axonge. M. Briquet avoue lui-même n'avoir pas été plus heureux dans une série de tentatives qu'il a faites. Il a fait des applications, soit d'onguent mercuriel double, soit d'emplâtres de Vigo, sur diverses espèces de phlegmasies cutanées, telles qu'érysipèle, zona, eczéma, acné, furoncles, anthrax, et il n'a obtenu que bien rarement de la diminution dans les phénomènes inflammatoires de ces divers états morbides; le plus souvent la phlegmasie a suivi ses périodes aussi régulièrement que si l'on n'eût pas fait d'application.

M. Briquet étudie ensuite les effets des topiques mercuriels sur les phlegmasies spécifiques. On sait dejà que leur action est constante sur les éruptions varioleuses; il ne s'agit plus que de voir comment ils agiront sur les éruptions qui résultent de l'inoculation du virus-vaccin et variolique.

Expérience.—J'ai fait (dit M. Briquet), sur un enfant à la mamelle, une application d'onguent mercuriel, et je me suis borné à couvrir de cet onguent les trois piqûres de vaccination de l'un des bras, en y superposant un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, les piqûres de l'autre bras restant libres. L'application avait été faite le lendemain de la vaccination. Au bout de huit jours, à la levée de l'appareil, il n'y avait sur le bras qu'une seule vésicule, légèrement blanchâtre, conique et de très-petite dimension, tandis que le bras qui était resté libre présentait trois belles pustules vaccinales aplaties, déprimées au centre, ayant un diamètre de deux à trois lignes, et entourées d'une auréole rouge fort étendue. On pouvait craindre que le frottement opéré par mégarde sur le bras n'eût enlevé le vaccin et empêché son effet. Je me suis mis à l'abri de cette éventualité en ne couvrant qu'une des piqûres de chaque bras, et en laissant les autres libres. L'expérience fut faite le lendemain de la vaccination, encore sur un enfant à la mamelle, et l'on choisit sur chaque bras les piqûres les plus inférieures; toutes deux se trouvèrent être bien nettes et bien distinctes. Le quatrième jour de l'application mercurielle, des papules vaccinales d'un beau rouge étaient développées sur les quatre piqûres restées libres, tandis que, sur les deux qui avaient été couvertes d'onguent mercuriel, on ne trouvait qu'une petite papule, sans changement de couleur de la peau. On réappliqua le topique mercuriel, et, le huitième jour, les boutons qui étaient restés libres se trouvaient convertis en pustules vaccinales très-bien développées. Les deux autres offraient, l'une, une petite vésicule acuminée, n'ayant que le tiers du volume des pustules vaccinales, et l'autre une simple saillie, pleine, conique, sans changement de couleur de la peau. Enfin, le onzième jour, les pustules libres étaient très-larges, couvertes d'une croûte brune et environnées d'une auréole assez étendue. Au contraire, les boutons influencés par le mercure se bornaient à deux tubercules coniques d'une ligne de diamètre au plus, grisâtres, durs, sans suppuration, et non couverts d'une croûte.

Des expériences nombreuses ont été faites par M. Briquet, et toujours le résultat a été une modification notable dans la marche de la vaccine, souvent une amélioration complète de l'effet du virus-vaccin, d'autres fois une pustule très-petite, bâtarde, ou une simple vésicule remplie d'un liquide blanchâtre, et enfin, quelquefois, une simple induration grise de la papule vaccinale.

Ainsi, les modifications étant exactement les mêmes que celles que le mercure fait éprouver aux pustules varioliques, il faut bien admettre que l'effet de ce métal sur la vaccine est identique à celui qu'il exerce sur la variole.

«Au delà du quatrième jour de vaccination, ajoute M. Briquet, le mercure perd la faculté d'arrêter les effets du virus-vaccin, et même celle de les modifier. Une action semblable serait exercée par ce métal sur l'inoculation de la variole, d'après une observation citée dans le journal *l'Expérience*, 20 octobre 1838. M. Briquet n'a pas eu occasion de s'en assurer.

Ainsi donc, on se trouve conduit par voie expérimentale à cette conclusion, que les composés mercuriels détruisent les virus vaccinal et variolique, leur enlèvent toutes propriétés contagieuses, et les empêchent de produire des maladies spécifiques et préservatrices. Cette conclusion de l'auteur est conforme à ce qu'ont dit Sacco et Salig. On trouve en effet, à l'article *Mercure* du *Dictionnaire de matière médicale* de MM. de Lens et Merat, que ces auteurs avaient vu que le mercure enlève au fluide vaccin sa propriété contagieuse.

Comment agit le mercure pour opérer cette destruction? les expériences n'ont encore rien démontré de positif. Nous remercions sincèrement l'auteur de ce mémoire, d'avoir éclairé la science sur un point de thérapeutique aussi intéressant, et nous attendons avec impatience la publication de ses nouvelles recherches.

JOUNAUX ANGLAIS.

Extraction de la clavicule avec une tumeur située sur cet os, par Benjamin Travers.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de dix ans, qui fut blessé à l'épaule par une brouette. Il survint dix jours après une tumeur de la grosseur d'une noisette, au centre de la cavicule, du côté gauche. Deux mois après, lorsque M. Travers la vit pour la première fois, elle avait la grosseur d'un œuf de pigeon, était ferme, élastique, indolente, excepté dans le cas de pression. Au bout d'un an elle occupait les trois quarts de la clavicule et dépassait le bord supérieur de cet os des deux tiers de sa circonférence. La peau était devenue noirâtre, la pression douloureuse. Après avoir consulté plusieurs de ses confrères, M. Benjamin Travers fit l'opération suivante :

Il pratiqua une incision cruciale sur les téguments. L'incision horizontale suivait à peu près la direction de la clavicule, et l'autre la coupait à angle droit. Les muscles grand-pectoral et deltoïde furent alors détachés de leur attache claviculaire avec beaucoup de précaution pour ne pas léser la veine céphalique, les fibres du trapèze et du cléido-mastoïdien furent divisées avec non moins de soin. La circonférence de la tumeur fut bien circonscrite, et on procéda sans difficulté à la désarticulation de l'extrémité scapulaire de la clavicule. M. Travers fit ensuite passer une sonde sous l'os, aussi près qu'il put de son extrémité sternale, et opéra la désarticulation de ce côté-là, au moyen de fortes pinces à os. Il détacha ensuite le muscle sous-clavier et une partie du ligament rhomboïde de la tumeur et il acheva de détacher celle-ci de toutes les adhérences qu'elle formait avec les parties voisines, sans cependant blesser les vaisseaux sous-claviers.

La fièvre de réaction fut violente; mais la convalescence s'établit rapidement, et à la fin du mois, le malade put retourner à Londres. Il a depuis recouvré autant de mouvement dans le bras de ce côté que dans l'autre.

La section de la tumeur, dans son plus grand diamètre, présenta presque partout des cellules de dimensions à peu près égales, remplies de coagulations sanguines solidifiées, et donnant par leur frottement, avec le scalpel, une résonnance presque osseuse. Une cellule plus large que les autres était tout à fait vide. La tumeur était environnée de périoste condensé. Quant à l'origine de la maladie, l'auteur croit qu'elle a pris sa source dans le tissu cellulaire de l'os; il ne croit cependant pas pouvoir classer la tumeur parmi les ostéo-anévrismes, quoique sa structure s'en rapproche beaucoup.

Extraction par parties de toute la mâchoire inférieure, par John G. Perry.

Le sujet de cette observation est une jeune fille qui commença, à l'âge de quatorze ans, à ressentir une douleur intense dans le côté droit de la face, affectant toutes les dents de ce côté. Cette douleur, qu'on croyait de nature rhumatismale, s'étendit bientôt à l'autre joue. Il n'y eut d'abord ni gonflement ni rougeur, mais au bout de quelques mois, la partie inférieure de la face se tuméfia, tandis que la douleur et la difficulté de la mastication diminuèrent en proportion. Quelques années après le gonflement et la douleur augmentèrent notablement, les téguments rougirent, devinrent sensibles, et des battements s'y firent sentir à la malade. Il sortit enfin de la matière par plusieurs ouvertures, ce qui amena un peu de soulagement. La jeune fille avait alors vingt ans; l'affection portait tous les caractères d'une nécrose avancée. On attendait patiemment la séparation; mais l'os de nouvelle formation se nécrosa lui-même, et se sépara en grande partie du périoste, qui était malade. L'auteur se résolut donc à enlever tout l'os en trois fragments, et en trois opérations. La première portion qu'il enleva fut la partie moyenne et antérieure. Il en opéra la séparation au moyen d'une scie et d'une espèce de forceps sécateur après avoir mis l'os à nu par une incision longitudinale pratiquée le long de la base de la mâchoire. Le jour suivant il fit, sans difficulté, l'extraction de la portion restante du côté droit, et trois semaines après il enleva pareillement celle du côté gauche. Il n'y eut que peu d'hémorrhagie dans ces trois opérations : Le chirurgien avait eu la sage précaution de bien se garder de percer la membrane muqueuse de la bouche, et il avait laissé autant de dents qu'il avait pu dans la gencive. La cicatrisation se fit sans accident, et, au bout de quelques semaines, la jeune fille put reprendre ses occupations habituelles dans les salles.

Elle ne peut maintenant prendre des aliments solides qu'en les frottant avec sa langue contre les dents supérieures, car il ne s'est pas reproduit d'os pour affermir les dents laissées dans la gencive inférieure. Les produits de nouvelle formation, qui remplacent l'os, n'ont pu résister à la contraction causée par la cicatrisation, de sorte que la circonférence de l'arc formé par les dents inférieures ne correspond pas avec celui des supérieures. La difformité est cependant moindre qu'on ne devait l'attendre.

L'auteur cite encore deux cas d'extractions partielles de la mâchoire inférieure, pour nécrose. Les deux opérations furent couronnées d'un succès complet.

Quatre opérations pour un anévrisme de l'artère poplitée, par Samuel Nadwen.

M. Henson fit d'abord la ligature de l'artère fémorale superficielle au bord du muscle couturier. Le treizième jour de l'opération il survint une hémorrhagie d'environ huit onces de sang par la plaie qui était à demi cicatrisée. Le lendemain il survint deux autres hémorrhagies qui nécessitèrent une seconde ligature de l'artère, au-dessous du ligament de Poupart. Trois jours après cette seconde opération, il revint une nouvelle hémorrhagie considérable par la plaie de la première ligature, et le chirurgien ne pouvant trouver le vaisseau, fit sur le champ l'amputation du membre. Le dix-neuvième jour, après cette troisième opération, hémorrhagies par le moignon. Le lendemain, hémorrhagies plus considérables ; ligature de l'artère iliaque externe. Au bout de huit jours, encore des hémorrhagies au moignon. Le chirurgien, sans se déconcerter dans des circonstances aussi désespérantes, tamponna la plaie avec de l'amadou pendant deux jours; il retira ensuite le tampon. La ligature de l'artère iliaque externe tomba, la plaie du moignon se cicatrisa, et le cent et unième jour après la première opération, le malade était hors de tout anger.

On ne sait ce qu'on doit le plus admirer de la patience du malade ou de la hardiesse du chirurgien. M. Henson pense que dans des cas d'anévrisme de l'artère poplitée ou de la crurale on devrait faire la ligature de l'artère iliaque externe. Ce serait selon lui le meilleur moyen de prévenir l'hémorrhagie secondaire.

Moyen d'arrêter la destruction de la cornée transparente, etc., par F. Tyrrell.

L'auteur s'étend d'abord dans des considérations sur l'organisation vasculaire de la cornée qu'il croit provenir bien plus de la conjonctive que des vaisseaux de la sclérotique. La face antérieure de la cornée, est couverte d'une membrane muqueuse; mais sa surface concave est tapissée d'une membrane séreuse qui tire ses vaisseaux de l'iris.

Pendant les progrès de l'inflammation purulente aiguë de la conjonctive, dit-il, l'élévation de la partie scléroticale de la conjonctive oculaire, causée par les couches successives de sérum et de fibrine qui sont sécrétées, distend cette membrane et communique tant de tension à une partie de sa surface, savoir à la jonction de la cornée et de la sclérotique, que la circulation se trouve arrêtée et que les sources vasculaires de sa cornée ne lui fournissant plus de sang elle tombe en gangrène. L'auteur a vue cette mortification se produire en huit heures, et il pense qu'elle peut se faire en moins de temps encore.

Jugeant par analogie d'après les bons effets des incisions dans les inflammations phlegmoneuses intenses du tissu cellulaire qu'un semblable moyen pourrait avoir de bons effets contre le chemosis, il le tenta de nouveau, quoi qu'il eût déjà été mis en pratique, sans beaucoup de succès. Il pensait que les résultats défavorables qu'on en avait tirés, provenaient de ce que les incisions avaient été faites dans la direction du bord de la cornée, souvent dans toute la longueur de ce bord, de sorte que les vaisseaux qui fournissaient le sens à cette membrane avaient été divisés.

M. Tyrrell après avoir fait maintenir la paupière supérieure élevée comme dans l'opération de la cataracte, par extraction, pratique ses incisions tout-à-fait sur le bord de la cornée, là où la tension et la pression sont plus manifestes, et de telle manière que la direction des plaies correspond aux intervalles des insertions des muscles droits. Par ce procédé il évite les principaux vaisseaux de la conjonctive. Il assure en avoir obtenu des succès qui ont dépassé son attente.

Cette méthode a été aussi fortement recommandée par M. Mackenzie de Glasgow.

Histoire d'une femme ayant deux seins et deux mamelons, par Robert Lee.

Longtemps cette femme a tenu cette monstruosité cachée et ce n'est qu'après bien de la résistance qu'elle l'a laissé voir dans la circonstance d'un accouchement prématuré. Elle porte de chaque côté deux seins, séparés l'un de l'autre par une profonde dépression oblique. Les mamelles inférieures ou pectorales comme les a appelées Asthley Cooper, ne présentaient rien d'anormal dans leur position ni dans leur structure. Près du bord antérieur de l'aisselle, mais un petit peu plus haut, on voit de chaque côté une autre mamelle qui a environ un sixième du volume des autres. Les mamelons en étaient petits et flasques; cependant, lorsqu'on les pressait doucement, il en sortait à l'instant et avec abondance, un fluide laiteux présentant tous les caractères physiques de celui des autres seins.

Lorsqu'on en tirait des seins naturels, les mamelons supérieurs se distendaient et fournissaient aussi un peu de lait.

Cette femme avait eu plusieurs enfants encore vivants; mais elle n'avait pu les nourrir à cause de la mollesse de ses seins. Quelque temps après cet examen, elle a eu un autre enfant qu'elle a pu nourrir avec les seins pectoraux.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 15 octobre.)

Recherches expérimentales sur les fonctions de l'encéphale, considéré dans ses rapports avec le sentiment et les mouvements de station et de progression.

M. Nonat lit un travail sur ce sujet; il s'est livré à de nombreuses expériences, dans le but de déterminer le rôle de chacune des parties de l'encéphale dans la perception des impressions extérieures, et dans la production des mouvements de station et de progression. Suivant lui les lobes du cerveau, le corps calleux, la voûte à trois piliers, les corps striés, les couches optiques, le cervelet, les pédoncules du cerveau, sont dépourvus de sensibilité générale, tactile. C'est bien, comme l'on dit MM. Magendie et Desmoulins, dans le lobe du quatrième ventricule, que réside la faculté de sentir les impressions générales, tactiles. C'est à tort qu'on a placé dans le cervelet le siége de la sensibilité, car un animal auquel on enlève le cervelet, conserve cependant la faculté de voir, d'entendre, de goûter, de palper et de sentir.

Quant à l'influence de l'encéphale sur les mouvements de station et de progression, M. Nonat est arrivé aux résultats suivants :

1° Les lobes du cerveau dirigent les mouvements; ainsi, quand nous voulons aller d'un lieu dans un autre, c'est à l'action des lobes cérébraux que nous sommes redevables d'exécuter les mouvements nécessaires pour atteindre le but que nous nous sommes proposé de remplir;

2° Les corps striés président au mouvement en arrière;

3° Les couches optiques exercent une grande influence sur les mouvements nécessaires à la station; elles fournissent en grande partie le

principe qui entretient l'énergie de la contraction musculaire ;

4° Le cervelet préside à la coordination des mouvements en avant; il paraît tenir sous son empire le mouvement des membres inférieurs, et il n'est probablement pas sans influence sur l'équilibration des mouvements ;

5° Le cercle formé par le cervelet, les pédoncules et les fibres transversales de la protubérance cérébrale, coordonne les mouvements de rotation autour de l'axe de l'animal ;

6° Les tubercules quadrijumaux sont nécessaires à l'exercice régulier des mouvements. Leur lésion entraîne une désharmonie très-remarquable dans les mouvements de station et de progression ; ce résultat s'accorde avec les expériences de M. Serres ;

7° Le lobe du quatrième ventricule renferme un principe qui commande et coordonne les mouvements respiratoires, le vomissement, le cri. Dans cette partie de l'encéphale, réside un principe en vertu duquel un animal a la conscience des impressions tactiles et même des impressions sonores, et il agit avec les membres contre l'objet qui le blesse.

Amputation sus-malléolaire.

M. Blandin présente à l'Académie, une jeune fille à la quelle il a pratiqué l'amputation de la jambe dans son tiers inférieur. A l'aide de la jambe artificielle de M. Martin, cet enfant marche, court, saute à la corde avec une grande facilité.

(Séance du 22 octobre.)

MM. Gélis et Conté annoncent à l'Académie qu'ils préfèrent l'emploi du proto-lactate de fer, comme agent thérapeutique dans toutes les circonstances où les préparations ferrugineuses sont indiquées. Le médicament est essayé en ce moment dans les hôpitaux.

Election.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un nouveau membre de l'Académie, pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Les candidats présentés par la commission, classés par ordre de mérite sont : MM. Gauthier de Claubry, Piédagnel, Dalmas, Chassaignac, Brière de Boismont, Sédillot.

Il y a 113 membres présents à la séance, la majorité est de 57.

M. Gauthier de Claubry obtient	89 voix.
M. Prus.	8
M. Sédillot.	7
M. Piédagnel.	5
M. Chassaignac.	5

En conséquence M. Gauthier de Claubry est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Pièces d'anatomie pathologique représentées en relief.

M. Cruveilhier lit au nom de M. Breschet et au sien, un rapport favorable sur les pièces préparées en carton-pâte par M. Thibert; elles joignent la fidélité de la copie à la solidité. Le peu de frais qu'entraînent ces préparations, les met donc à la portée de tous les praticiens. M. Cruveilhier termine en rendant justice à la perfection remarquable avec laquelle ces travaux ont été exécutés, en émettant le vœu que ces pièces fassent partie de tous les musées anatomiques.

(Séance du 29 octobre.)

Empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. Caventou lit au nom de M. Ollivier (d'Angers) et au sien, un rapport sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, dont l'histoire a été communiquée à l'Académie par M. Rigal, de Gaillac (Tarn).

Une femme âgée éprouva le 30 avril 1839, après avoir mangé une soupe, tous les symptômes de l'empoisonnement par l'acide arsénieux; elle mourut en trente-six heures. Elle fut exhumée le 12 mai, et son autopsie, ainsi que les recherches médico-légales, furent faites avec beaucoup de soin par MM. Rigal et Thomas qui s'étaient adjoints, en outre, deux pharmaciens.

On put constater : 1° les signes non équivoques d'une phlegmasie intense des voies digestives ; 2° la présence de l'acide arsénieux dans l'estomac et dans les intestins ; 3° enfin la même substance fut retrouvée dans le reste des organes, etc. Les experts ayant voulu recueillir la portion d'arsenic absorbée, eurent recours aux procédés de M. le professeur Orfila, et purent retrouver ainsi jusqu'aux moindres traces du poison.

Juges du concours pour la chaire de pathologie interne.

Les juges du concours pour la chaire de pathologie interne sont parmi les membres de l'Académie MM. Roche, Rayer, Honoré, Bally, Bricheteau, suppléant.

Localisation de l'organe du langage.

M. Bouillaud lit un travail ayant pour titre : *Exposition de nouveaux faits qui localisent dans les lobes antérieurs du cerveau, le principe moteur de la parole.*

L'auteur a communiqué il y a quinze ans à l'Académie le premier résultat de ses recherches et de ses expériences ; il vient aujourd'hui appuyé sur des faits nouveaux appuyer des conclusions auxquelles il était arrivé. Soixante-quatre observations avaient permis à M. Bouillaud, dans son premier mémoire, de placer l'organe du langage dans les lobes antérieurs du cerveau, et de baser sur des faits l'idée formulée *à priori* par Gall. De nombreuses objections ont été faites à cette doctrine depuis cette époque; M. Bouillaud répond successivement aux faits et aux raisons fournies par M. Cruveilhier, puis par M. Andral, enfin par M. Lallemand. Il demande des faits mieux choisis, observés avec assez de soin, renfermant les détails suffisants; autrement ils ne pourront servir à décider une question qui demande un grand travail d'intelligence, de sérieuses réflexions.

M. Bouilaud a actuellement soixante-dix-sept observations positives, entourées de détails suffisants à opposer au petit nombre de faits négatifs qu'il ne croit pas convenablement observés. Avec de telles preuves il ne pense pas devoir rester dans un doute qui ne doit être pour le médecin qu'une époque de transition ; mais il se croit autorisé suffisamment à maintenir ses conclusions, à savoir : que la faculté du langage a un siége dans le cerveau ; que ce siége doit être rapporté aux lobes antérieurs.

La discussion aura lieu à la prochaine séance, l'heure étant trop avancée.

Luxation du bras.

M. Sédillot, professeur au Val-de-Grâce, lit un mémoire sur une nouvelle variété de luxation du bras, en bas ou directement au-dessous de la cavité glénoïde, et en avant de l'omoplate, bien qu'elle fût en arrière de l'aisselle, c'est-à-dire des muscles grand dorsal et grand rond.

M. Sédillot a divisé les luxations en antérieures et en postérieures, suivant qu'elles ont lieu en avant ou en arrière de l'omoplate.

Il a divisé les luxations antérieures en sept variétés, répondant aux trois formes les plus saillantes, déjà admises du temps d'Hippocrate. Les trois premières variétés, c'est-à-dire les *luxations axillaires*, *sous-coracoïdiennes complètes* et *sous-coracoïdiennes incomplètes*, répondent aux luxations en bas ou dans l'aisselle. La quatrième ou *sous-scapulaire*, représente les luxations en avant : les cinquièmes et sixièmes, *costo et coraco-claviculaires* indiquent d'une manière plus précise, les luxations en haut : enfin la septième variété était l'*intercostale*.

En poursuivant ses travaux, M. Sédillot a rencontré une nouvelle variété de luxation antérieure qu'il a fait peindre d'après nature, et qui n'a encore été signalée par aucun auteur; M. Sédillot propose de la nommer luxation en bas extra-axillaire, car la tête de l'humérus s'est échappée de la cavité glénoïde, entre les muscles petit et grand ronds. (Commissaires, MM. Lacournère, Roux et Bouvier.)

Emplâtre de Vigo dans la variole.

M. Briquet présente à l'Académie divers malades atteints ou convalescents de la variole, chez lesquels l'application de l'emplâtre Vigo a modifié l'éruption, et considérablement diminué l'étendue, et la profondeur de ses traces sur la peau.

(Séance du 5 novembre.)

Discussion sur la localisation de l'organe du langage.

M. Cruveilhier. La question de savoir si la faculté du langage a un siége dans le cerveau, et si ce siége est dans les lobes antérieurs, n'est pas spéciale et limitée comme on pourrait le croire: elle renferme le grand problème de la pluralité des organes, que croit résoudre la phrénologie.

Aujourd'hui comme en 1825, M. Cruveilhier soutient que les lésions de la parole ne surviennent pas plutôt par suite de telle lésion cérébrale que de telle autre, mais qu'elles ont lieu dans toutes les grandes altérations du cerveau ; il démontrera : 1° que les lobes antérieurs peuvent être lésés, la faculté de parole intacte ; 2° que l'articulation des sons peut être impossible, alors que les lobes antérieurs sont parfaitement sains.

Distinguer d'abord les différents ordres de causes qui peuvent altérer ou modifier cette faculté, et pour cela il faut tenir compte comme élément de la faculté du langage : 1° de la mémoire des choses; 2° de la mémoire des mots; 3° de la possibilité d'articuler les sons.

Lorsque la mémoire des choses est altérée, ce qui survient ordinairement à la suite de chute sur la tête, de coups, de violence extérieure, ou bien après une fièvre grave, le malade est ordinairement dans l'imbécillité, les facultés intellectuelles sont en grande partie altérées. La mémoire des idées et des mots peut être conservée, les mouvements de la langue relatifs à la déglutition, à la gustation intacts, et ceux nécessaires à la phonation perdus; le malade comprend les questions qu'on lui adresse, il se ressouvient de ce qu'il a vu et entendu, mais il lui est impossible de rien articuler.

Quant au siége des lésions cérébrales trouvées dans des cas de ce genre, il a été souvent dans les lobes antérieurs ; mais il faut bien se garder d'admettre qu'elle eût été constante ; on peut, à ce sujet, opposer un grand nombre de faits à M. Bouillaud.

Quant aux cas dans lesquels les lobes antérieurs se trouvaient altérés, ou même manquaient tout à fait, on pourrait citer des exemples ; mais M. Bouillaud dirait que ce sont des faits sans valeur, puisque l'un des côtés du cerveau seulement se trouvait malade, l'autre pouvait encore fonctionner les organes étant doubles ; j'invoquerai, dit M. Cruveilhier, la même duplicité d'organes pour les cas rapportés par M. Bouillaud.

Chez une idiote, il y avait absence complète de lobes antérieurs, et cependant la faculté du langage resta intacte.

Chez une malade, on trouva les lobes antérieurs réduits en bouillie; cette femme articula jusqu'à sa mort.

Toute lésion cérébrale peut amener une altération dans la faculté d'articuler des sons ; ainsi j'ai vu la protubérance annulaire, ou bien la convexité des hémisphères, ou bien une lésion de la partie externe du corps strié, etc., être malade, et l'articulation des sons être impossible, quoique dans tous les cas les lobes antérieurs fussent saisis.

Aussi de ces faits, M. Cruveilhier croit-il pouvoir conclure rigoureusement :

1° Qu'il n'est pas prouvé que la faculté du langage ait un siége spécial dans le cerveau, et encore moins que ce siége soit dans les lobes antérieurs;

2° Que toute altération profonde, quel que soit son siége dans le cerveau, a pour résultat la lésion de l'articulation des sons ;

3° Que la pluralité d'organes cérébraux ne saurait être démontrée, ni en particulier le siége spécial de la faculté du langage.

M. Castel. Selon M. Bouillaud, la faculté de parler réside dans les lobes antérieurs du cerveau, comme il y a autant de sortes d'élocution que d'impression, on ne saurait circonscrire le siége de la faculté de parler, dans tel ou tel département de l'encéphale sans l'isoler des impressions ; bien plus, ce serait la séparer de la volonté, à moins qu'on ne plaçât aussi la volonté dans les lobes antérieurs. Sans cette communauté de résidence, la volonté aurait à parcourir un trajet plus ou moins long pour arriver à la parole.

M. Blandin. Les observations rassemblées par M. Bouillaud en faveur de la doctrine qui cherche à localiser dans les lobes antérieurs la faculté du langage, sont déjà nombreuses et concluantes; mais il faut encore davantage pour que les conclusions qu'elles amènent après elles, soient rigoureuses.

On a objecté à M. Bouillaud des faits dans lesquels il y avait lésion d'autres parties du cerveau que les lobes antérieurs, et dans lesquels il y avait difficulté ou obstacle à l'articulation des sons ; mais ces faits ne prouvent pas contre la doctrine que je soutiens ici, car le corps strié, les couches optiques vont par leurs irradiations former les lobes antérieurs du cerveau.

D'un autre côté, si on a vu des lésions dans les lobules antérieurs du cerveau, sans que la

parole fût gênée, il se peut que le siége immédiat du principe coordinateur ne fût pas malade. M. Bouillaud n'a pas voulu dire que tout le lobe antérieur dût présider à cette fonction ; ces faits mêmes ne prouvent donc rien contre sa doctrine.

M. Martin-Solon signale également quelques observations d'obstacle à la faculté de parler, coïncidant avec une lésion des lobes antérieurs du cerveau.

M. Gerdy prétend qu'il ne faut pas un grand nombre de faits pour appuyer ou combattre une opinion ; il suffit d'un seul fait bien observé, où la destruction d'un lobe antérieur ait lieu sans que la parole soit lésée, pour que le système de M. Bouillaud soit renversé, et plus d'un fait peut être et a été déjà invoqué. A plusieurs de ces faits, M. Bouillaud a répondu qu'ils étaient singuliers et difficiles à expliquer ; je ne cherche pas à en rendre compte, et cependant ils n'en restent pas moins. Donc mieux vaut s'endormir sur l'oreiller du doute que sur celui de l'hypothèse.

Tout ce que prouvent les faits rassemblés par M. Bouillaud, c'est la coïncidence fréquente de l'altération du lobe antérieur avec la lésion de la parole, mais cette coïncidence est tout à fait fortuite ; les exceptions sont assez nombreuses pour qu'on puisse y trouver la relation nécessaire de cause à effet ; je déclare donc que je ne trouve rien de positif sur la localisation de la faculté du langage, pas plus que sur la localisation des facultés intellectuelles.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 23 septembre 1839.)

Respiration primitive de l'embryon. Détermination des fissures cervicales de l'embryon de l'homme et des vertébrés ; par M. Serres.

Dans un mémoire précédent, l'auteur, en exposant la respiration branchiale du jeune embryon de l'homme, avait rappelé que cette fonction avait été attribuée à de petites fentes ou fissures, situées sur les parties latérales de la tête et du cou. Il avait en même temps ajouté que ces fissures lui paraissaient étrangères à la respiration primitive, à laquelle la nature avait pourvu par des organes particuliers, qui précèdent ces fentes, et qui subsistent même après leur effacement. Dans ce travail il est arrivé à de nouveaux résultats dont nous ne présenterons que les conclusions :

1° Les tubercules digités de la moitié supérieure du corps des jeunes embryons, des mammifères et de l'homme, sont les rudiments des maxillaires et des côtes ;

2° Les fentes ou les fissures qui les séparent correspondent à l'état primitif des espaces intercosteux et intermaxillaires ;

3° Les embryons des vertébrés, pourvus à la fois de maxillaires et de côtes, sont doués de deux ordres de tubercules et de fissures ; tandis que ceux privés des côtes, comme les Batraciens, mais possédant les maxillaires, ont bien les tubercules et les fissures qui correspondent aux mâchoires, mais ils sont dépourvus des fissures costales, parce qu'ils manquent des tubercules dont les côtes doivent provenir.

Les fissures ne deviennent visibles et ne se forment chez les embryons, qu'après l'apparition des tubercules maxillaires et costaux.

Ces points arrêtés, l'auteur se propose de chercher à établir, dans un autre mémoire, que les fentes ou les fissures cervicales sont complétement étrangères à la respiration primitive de l'embryon.

Rapport sur un ouvrage manuscrit ayant pour titre : Des Maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, *ou* Histoire médicale et météorologique de la France ; *par* M. le docteur Fuster. (Commissaires, MM. Arago, Double, rapporteur.)

> *Ad artem medicam astronomia ipsa non minimùm, sed plurimùm confert : quippè quòd unà cum anni temporibus hominum ventriculi mutationes accipiunt.*

Telles sont les expressions par lesquelles le père de la médecine résout la question de la concordance des saisons avec certaines maladies. Le principe exagéré par Galien et son école, fut ensuite abandonné et oublié pour être repris et réexalté à outrance, et retomber enfin pendant les cinquante dernières années de notre époque dans un mépris ou plutôt dans un oubli complet.

M. Fuster attribue ces vicissitudes à ce que le principe des constitutions des saisons n'avait pas encore été suffisamment éclairci, expliqué ni développé, et c'est cette lacune qu'il se propose de remplir. Il veut établir les rapports qui existent réellement entre les caractères de chacune des saisons et la nature des maladies vulgaires de l'année sous le ciel de notre pays. C'est une histoire météorologique et médicale de la France qu'il nous offre, et on doit déjà lui savoir gré d'avoir le premier entrepris cette tâche difficile.

En météorologie, dit le rapporteur, nous ne saurions exhiber un traité dogmatique que la science avoue : l'un des membres de la commission, ajoute-t-il, possède dans sa tête et dans ses cartons les matériaux d'un grand travail sur la météorologie. Pourquoi l'amitié, qui a d'ailleurs tant d'empire sur lui, ne peut-elle le déterminer à la prompte publication d'un livre qui est si désiré et qui serait si utile ?

Nous n'avons point non plus de traité philosophique et méthodique sur les constitutions maladives des saisons, bien que des matériaux épars aient été préparés par Sydenham, Van Swieten, Ramazzini, Huxham, de Haen, Stoll, Stork, etc., et par le rapporteur lui-même. Météorologistes et médecins, tous sont d'accord sur un point, ce sont les immenses difficultés que ce sujet présente.

Réaumur a le premier constaté que toutes les variations thermométriques de quatre degrés, affectent notablement l'économie. Jérôme de Lalande a proposé un thermomètre gradué précisément d'après les rapports qui existent entre les mouvements habituels de la température extérieure et les modifications de la sensibilité animale.

M. Fuster s'est servi avec habileté de tous ces travaux pratiques auxquels il a ajouté plusieurs séries d'expériences qui lui sont propres, et qui ont pour objet la recherche de l'action des qualités physiques de l'air sur l'homme.

Ces qualités physiques jouent un grand rôle ; mais il faut savoir distinguer la chaleur absolue de la chaleur sensible ; la première se mesure sur le thermomètre ; la seconde sur l'impression qu'elle a produite sur nos organes, deux sortes d'effets qui ne sont pas toujours d'accord

l'une avec l'autre. C'est qu'il entre dans ce travail d'autres éléments, d'un côté l'électricité, la sécheresse ou l'humidité de l'air; de l'autre, toutes les modifications anatomiques, physiologiques et vitales.

C'est principalement de l'association de la température avec d'autres conditions déterminées que naissent les maladies régnantes. Ces conditions sont pour les principales, le climat, le sol, les vents, les eaux, les aspects, les productions agricoles, la lumière, l'électricité, le magnétisme, etc.

Une autre influence modificatrice qu'on avait à peine signalée, et que M. Fuster a établie dans tout son jour, c'est l'héritage qu'une saison qui finit laisse à celle qui va commencer, ou l'entrecroisement de leurs caractères dominants. On conçoit que les deux saisons élémentaires ne contribuent point pour une part égale à cette constitution moyenne. Les rapports de leur prépondérance relative reconnaissent aussi des lois dont M. Fuster donne les formules, mais qu'il serait trop long de développer ici.

Ce qu'il a avancé concernant les saisons, il l'applique aussi aux climats ou régions; mais il faut remarquer que les climats sont fixes, tandis que les saisons sont transitoires.

Ainsi, les éléments de l'action pathologique des saisons seront les phénomènes atmosphériques ordinaires, les phénomènes atmosphériques insolites, et les modifications qui proviennent de l'influence de chaque localité. On aura des maladies des temps réguliers ou les constitutions médicales des saisons, et des maladies des temps irréguliers ou les constitutions médicales intempestives.

Ni l'une ni l'autre de ces constitutions n'engendrent nécessairement les affections qui leur sont corrélatives; il faut pour cela une prédisposition que l'étude bien faite des tempéraments laisse présumer. Les préceptes de l'hygiène ont pour but de rendre l'économie réfractaire à cette influence.

L'action des qualités atmosphériques des saisons ne se soumet définitivement les modifications de l'économie, qu'autant que cette action est à la fois forte, continue et durable.

Au printemps, les maladies dominantes sont catarrhales-inflammatoires dans sa première moitié qui participe du froid de l'hiver, et catarrhales-bilieuses dans la seconde qui se rapproche de l'été. Les organes de la respiration et de la digestion en sont le principal siége.

Pendant l'été, prédominance des affections bilieuses. Mais comme l'été de la France participe aussi plus ou moins des caractères du printemps et de l'automne, les affections bilieuses se combinent toujours à des degrés notables avec l'élément phlogistique et l'élément muqueux. Les appareils gastrique, hépatique et intestinal sont plus spécialement atteints.

En automne, redoublement des affections catarrhales du printemps; mais dans l'automne, saison variable et chaude, l'affection catarrhale se complique souvent de l'affection bilieuse, combinaison qui revêt souvent des formes pernicieuses. Les organes abdominaux et surtout les intestins sont plus particulièrement affectés.

Enfin, le froid de l'hiver nous amène les affections inflammatoires, tandis que ses brouillards, ses pluies et ses neiges font marcher de conserve les affections catarrhales et les affections muqueuses. Les systèmes les plus compromis sont le sanguin, et plus encore le muqueux.

M. Fuster compare ensuite en particulier les différences qui caractérisent les maladies annuelles du nord et du midi de la France. Dans le nord, l'hiver est la saison la plus rude, la plus continue, la plus durable; dans le midi, au contraire, c'est la saison de l'été qui revêt ces caractères. Dans le nord, l'hiver empiète sur le printemps et sur l'automne; dans le midi, c'est l'été qui les déborde. Il est aisé d'en tirer les conséquences.

En outre de la haute influence qu'exercent les caractères des saisons sur la nature des maladies générales ou des maladies vulgaires, ces mêmes saisons se font encore vivement sentir sur les maladies accidentelles, intercurrentes ou sporadiques. Cette même influence de la constitution s'étend fort souvent jusque sur les maladies externes, sur les grandes plaies, sur les opérations. Desault et Bichat, qui en ont fait la remarque, en ont plusieurs fois tiré grand parti.

Hippocrate avait été bien loin dans ses considérations météorologico-médicales. Il avait constaté une sorte d'analogie ou de rapports entre l'action de la révolution diurne, et l'action de la révolution annuelle du soleil relativement à la production des maladies. Le matin était pour lui l'analogue du printemps; le milieu du jour, celui de l'été; le soir répondait à l'automne, et la nuit à l'hiver. Sydenham, Piquer, Triller, Baillou, Ramazzini et Huxham, ont confirmé et développé cette donnée clinique de leur maître par de nombreuses observations, et ont établi la proposition suivante : les maladies ont une manière différente de se comporter le jour et la nuit. Il n'y a pas jusqu'à la seule période diurne qui n'offre des caractères divers suivant ses époques. Les maladies phlogistiques subissent ordinairement vers le matin leurs plus fortes exacerbations; elles trouvent aussi à cette même époque leurs plus habituelles invasions. Les fièvres catarrhales et les fièvres muqueuses débutent et s'exaspèrent le plus souvent aux approches de la nuit. Les fièvres bilieuses qui, par leurs caractères semblent tenir le milieu entre les maladies inflammatoires et les maladies catarrhales ont leur paroxysme et leur plus commune invasion vers le milieu du jour. Leurs paroxysmes se rapprochent plus, soit du matin, soit du soir, suivant que la diathèse sthénique ou asthénique prédomine davantage. C'est le plus souvent pendant le jour que commencent les accès des fièvres intermittentes. La fièvre hectique prend ses exacerbations le soir, et c'est durant la nuit que les malades en sont le plus tourmentés. Les sueurs symptomatiques se manifestent presque exclusivement le matin avant l'aurore.

Le rapporteur présente ensuite à l'Académie un rapprochement qui lui est venu depuis plusieurs jours en pensée entre cet ordre de faits et la précieuse découverte de M. Daguerre. Ce n'est toutefois que sous forme dubitative qu'il hasarde ces rapprochements.

Suivant M. Daguerre, les heures du matin et les heures du soir, également éloignées du midi, et correspondant dès lors à de semblables hauteurs du soleil au-dessus de l'horizon, ne sont pas cependant également favorables à la production des images photographiques. L'image se forme un peu plus promptement à sept heures du matin, par exemple, qu'à cinq heures de l'après-midi, à huit heures qu'à quatre heures; à neuf heures qu'à trois heures.

L'action chimique de la lumière, ajoute le rapporteur, pourrait bien aussi être pour quel-

que chose dans ces faits d'invasion et d'exacerbation de certaines maladies à des heures différentes de la révolution diurne. Le corps humain est plus sensible que les instruments les plus délicats de nos collections de physique. Nous recommandons particulièrement à M. Fuster, ce nouveau champ de méditations qui rentre naturellement dans la série de ses recherches. L'action excitatrice de la lumière et de la chaleur se manifeste souvent d'une manière différente, et quelquefois même opposée, non-seulement sur les individus, mais encore sur les espèces, parmi les animaux et parmi les végétaux. On connaît des espèces nocturnes chez les mammifères, les oiseaux, les reptiles, les mollusques et les insectes.

Ce même phénomene se retrouve encore dans plusieurs fonctions de la vie végétale, témoins le sommeil des plantes, l'horloge de Flore, etc.

Draparnaud avait observé qu'à la fin de l'automne, lorsque la température commence à se refroidir, les fleurs de l'*Ipomœa violacea* et des *Mirabilis*, qui ne s'ouvraient jusqu'alors que pendant la nuit, s'ouvrent aussi à cette époque durant le jour.

Le rapporteur finit en concluant que l'ouvrage de M. Fuster est un véritable service rendu à la philosophie médicale, et qu'il mérite l'approbation et les encouragements de l'Académie. Ces conclusions sont adoptées.

Mémoire sur l'étiologie générale des déviations latérales de l'épine, par rétraction musculaire active; par M. le docteur Jules Guérin. (Commissaires, MM. Savart, Serres, Flourens, Double, Roux.)

L'auteur, dans un mémoire précédent, avait posé en principe que le plus grand nombre des difformités de la taille sont le résultat de la rétraction musculaire active. Le travail qu'il présente aujourd'hui est consacré à la démonstration de cette proposition.

Il se demande d'abord s'il existe des exemples de déviations de l'épine, accompagnées d'altérations matérielles des centres nerveux, et évidemment causées par ces altérations. A cette première question, il croit ne pouvoir répondre que par l'affirmative. Il a publié une série d'observations de fœtus monstres et autres, chez lesquels il existait une série d'altérations du cerveau et de la moelle, coïncidant avec une série de difformités articulaires du système osseux. Toutes ces difformités étaient également rendues permanentes par un raccourcissement et une tension extrêmes des muscles intermédiaires.

A cette première question en succède une seconde. Existe-t-il, en l'absence d'altérations matérielles des centres nerveux, des moyens certains, évidents, de reconnaître qu'une déviation de l'épine est le produit de la rétraction musculaire active, mise en jeu par une affection nerveuve? Ces moyens sont de deux ordres : les premiers consistent dans la série des effets de la maladie autres que la difformité; les seconds, dans un ensemble de caractères directs appartenant à la difformité.

Les caractères de la première catégorie sont très-nombreux. On peut y ranger les traces générales des anciennes maladies nerveuses, une apparence de convulsion dans la figure, l'inégalité des deux moitiés de la face, le tiraillement des traits, l'inégalité des yeux et de leur faculté visuelle, le strabisme, la saillie différente des os du crâne, quelques traces d'hémiplégie; d'autre part, les rétractions simultanées d'autres muscles, par exemple, des muscles du cou, des bras, des mains, des jambes, des pieds, d'où les difformités correspondantes.

Parmi les caractères de la seconde catégorie, l'auteur signale d'abord l'identité entre les formes propres à la déviation accompagnée d'une altération matérielle des centres nerveux, et celles de la difformité due à la même origine, mais qui est dépourvue des traces directes de la maladie. Cette identité de formes peut être ramenée à des caractères élémentaires qui émanent de l'essence même de la rétraction musculaire active, et de ses rapports immédiats avec les parties de la colonne qu'elle déplace. Tels sont : le raccourcissement du muscle ou des muscles activement rétractés, lesquels sont rigoureusement adaptés à l'espace compris entre leur point d'insertion, et se montre sous les apparences de brides ou des cordes tendues, saillantes sous la peau, extrêmement dures, de consistance fibreuse. Dans la rétraction passive, au contraire, les muscles restent moux, peu résistants et tendent même à l'état graisseux. Un dernier ordre de caractères, ce sont les différents modes de distribution de la rétraction active dans les muscles du dos, dont un ou plusieurs, ou tous peuvent être rétractés, ou un seul faisceau particulier seulement.

La rétraction musculaire active peut aussi se produire sous l'influence d'un grand nombre de maladies qui prennent accessoirement le système nerveux pour intermédiaire, et qui amènent incidemment ou consécutivement la rétraction de certains muscles à la suite de convulsions générales passagères, ou par le moyen de simples contractures des muscles directement atteints et entièrement isolés. C'est ce qu'on rencontre fréquemment dans presque toutes les maladies de l'enfance, les maladies éruptives, la dentition, les affections rhumatismales, les fièvres de toute nature, même les moindres accidents morbides. Les lésions traumatiques peuvent être aussi des causes de rétraction.

VARIÉTÉS.

Quelques journaux politiques, et, après eux, certains journaux de médecine, ont dit que, dans la dernière promotion de pairs, il avait été question, en conseil des ministres, de l'adjonction de M. le D. Double. Il est vraiment inconcevable que des journaux sérieux accréditent une semblable mystification. Nous n'y bois pour nous qu'une espèce de PUFF, analogue aux annonces de la *pommade du lion*, ou de la *pâte de Regnaud*.—Si Broussais ou Dupuytren vivaient encore, nous concevrions qu'on les eût placés à la chambre des pairs; nous concevons encore que, parmi les membres de l'Institut, des noms comme ceux de Larrey, Roux, Blainville, Duméril, etc., puissent venir à l'idée du gouvernement lorsqu'il s'agit d'honorer le corps médical; mais qu'on aille choisir M. Double, qui n'a jamais rien fait, rien écrit, et qui n'est arrivé à l'Institut que par des voies fort peu scientifiques, c'est là une bouffonnerie contre laquelle doivent protester les gens graves et les véritables savants.

—

Séance d'ouverture de l'École de Médecine.

M. Bérard aîné a prononcé l'éloge de Broussais.

La distribution des prix a eu lieu dans l'ordre suivant :

Prix Monthyon.—M. Voillemier (Mémoire sur la fièvre puerpérale).

Premier prix Corvisart. — (Médaille d'or) M. Foucart, de Paris.

Second prix.— (Médaille d'argent) MM. Morizot et Régnier.

Prix d'encouragement.—M. Millet.

Prix de l'Ecole pratique.—1er prix (Médaille d'or) M. Legendre (François-Laurent).

Premier second prix. — (Médaille d'argent) M. Mascarel (Jules).

Deuxième second prix.—MM. Gaubric (Clair) et Cambernon (Félix).

On sait que le prix Monthyon est fondé pour le meilleur mémoire « sur les maladies prédominantes dans l'année précédente.»

Quant au *Prix-Corvisart*, la Faculté a arrêté, pour sujet du prix à décerner en 1840, la question suivante :

« Chercher à déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, depuis le 1er novembre 1839 jusqu'au 1er août 1840, les effets du quinquina dans le traitement des maladies. »

Du 15 août au 1er septembre 1840, chacun des concurrents aura à remettre au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations au numéro du lit qui lui aurait été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

Les cours d'hiver de la Faculté ont lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie. — M. Breschet, mardi, jeudi et vendredi, à dix heures.

Chimie médicale.— M. Orfila, lundi, mercredi et samedi, à dix heures.

Medecine légale.— M. Adelon, lundi, mercredi et vendredi, à midi.

Pathologie chirurgicale.— M. Gerdy, les lundis, mercredi et vendredi, à trois heures.

Pathologie médicale. — M. Natalis Guillot, agrégé, les mardi, jeudi et samedi à une h.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Andral, mardi, jeudi et samedi à trois h.

Opérations et appareils.—M. Richerand, mardi, jeudi et samedi à midi.

Clinique chirurgicale.— MM. Roux, à l'Hôtel-Dieu ; J. Cloquet, à l'hôpital de la Faculté ; Velpeau, à la Charité; Sanson, à la Pitié, tous les jours de sept heures à dix heures.

Clinique médicale. — MM. Fouquier, à la Charité; Chomel, à l'Hôtel-Dieu ; Rostan, à l'hôpital de la Faculté, tous les jours, de sept heures à dix heures.

Clinique d'accouchement.—M. Dubois (Paul), à l'hôpital de la Faculté; tous les jours à huit h.

—

— M. H. Larrey fils, chirurgien du Val-de-Grâce, est chargé comme agrégé en exercice, de suppléer provisoirement M. le professeur Cloquet, à l'hôpital des Cliniques.

— Le 11 novembre à quatre heures a eu lieu la séance d'ouverture du concours pour la chaire de pathologie interne. Les juges sont, pour la Faculté : MM. Duméril, président; Fouquier, Chomel, Andral, Cruveilhier, Gerdy, Dubois, Trousseau ; Marjolin et Roux, suppléants.

Pour l'Académie MM. Roche, secrétaire ; Honoré, Bally, Rayer, Bricheteau, suppléant

Dans la séance du 13, on a tiré au sort la question à traiter par écrit :

La suivante a été désignée : *De la fièvre.*

—

Du pain ferrugineux du docteur Boissière (1).

Encore une préparation ferrugineuse!.. Nous avons déjà des pilules ferrugineuses de cinq ou six auteurs, des eaux ferrugineuses, des opiates ferrugineux, des chocolats ferrugineux, que sais-je encore? Et voilà que notre confrère, M. le docteur Boissière nous propose *du pain ferrugineux !* Qui nous donnera le fer en bouillons ?

Ce n'est pourtant pas, il faut en convenir, une mauvaise idée qu'a eue là M. le docteur Boissière, et si le nombre des formules proposées pour administrer un médicament est en général un indice qu'il reste encore à remplir des indications importantes, nous avouerons qu'il était autorisé à tenter un nouvel essai.

L'efficacité du fer dans les maladies atoniques, et spécialement dans la chlorose, est incontestable et incontestée ; mais combien de fois néanmoins n'a-t-on pas la douleur de les voir échouer? Combien d'affections dont on croyait facilement triompher à l'aide de ce puissant tonique, et qui résistent à des doses décuples de celles qu'on comptait employer.

Cette irrégularité qu'on remarque dans les effets des préparations ferrugineuses, semble résulter de la difficulté qu'éprouvent certains organismes à les assimiler convenablement; on voit en effet que l'efficacité des médicaments est en général en raison inverse du degré de coloration des fèces, coloration qui tient à la quantité de fer qui a parcouru le tube digestif, en évitant l'action des vaisseaux absorbants.

C'est cette observation qui a conduit M. le docteur Boissière à imaginer la nouvelle préparation qu'il propose ; il a pensé qu'en combinant un médicament actif avec l'aliment auquel les organes digestifs sont principalement habitués, l'assimilation serait plus facile et plus complète que celle qu'on obtient par les modes d'administration généralement en usage. En cela, nous croyons que son raisonnement ne manque pas de justesse.

Le pain ferrugineux est du reste un médicament aussi agréable que médicament puisse l'être; nous en avons mangé qui contenait de cinq à quinze grains de sous-carbonate de fer, pour trois onces de pâte, et nous avouons n'y avoir remarqué aucun goût désagréable.

Quant à l'efficacité de la préparation, les expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour que nous puissions nous prononcer dès aujourd'hui; d'ailleurs M. le docteur Piorry a été chargé, par l'Académie de médecine, d'expérimenter la nouvelle préparation, et la seule déférence nous prescrit d'attendre qu'il ait publié son rapport.

Nous en dirons autant des expériences que M. le professeur Andral doit faire sur le même objet.

Nous ne pouvons donc ici qu'engager nos confrères à expérimenter le médicament nouveau, qui déjà compte en sa faveur, des espérances nombreuses, et des succès incontestables.

---

(1) Préparé sous la surveillance de M. Pellerin, pharmacien, rue de la Vieille-Bouclerie, n° 15.

Un réfectoire vient d'être établi dans le service des aliénés de Bicêtre. 80 aliénés y sont admis. Ils sont divisés par série de 10. C'est un aliéné qui préside. M. Leuret avait choisi les malades les plus tranquilles pour tenter cette épreuve. On a été tellement satisfait des résultats, que la même faveur va être étendue à 500 aliénés environ. Cette mesure a déjà produit les meilleurs effet sur le moral des malades, qui ont été admis à en profiter. Les mélancoliques mangeaient à peine lorsqu'ils étaient servis seuls; maintenant ils se nourrissent bien.

M. Leuret a aussi créé deux écoles où les aliénés apprendront à lire, à écrire, à compter, et où ceux qui ont de l'instruction se réuniront pour lire. Il a donné la première leçon de lecture.

— Il vient d'être décidé, sur la proposition de M. Orfila, que le service chirurgical de la Maternité se composera d'un titulaire et d'un adjoint. M. Danyau, chirurgien de Bicêtre et ancien membre du Bureau central, nommé à la suite d'un concours, a été désigné par le conseil-général des hospices pour remplir les fonctions de chirurgien adjoint. M. Danyau a déjà fait, pendant deux ans, le cours départemental des sages-femmes. La place qu'il laisse vacante à Bicêtre va probablement être donnée à M. Lenoir, et le bureau central aura à nommer deux chirurgiens.

— Le concours d'hygiène et de physique médicale qui a actuellement lieu à la Faculté de Strasbourg, ne compte qu'un concurrent. M. Rameau, docteur ès-sciences, agrégé de la Faculté de Strasbourg.

— Un hôpital de 50 lits va être établi par les soins de l'administration de la guerre dans une des îles Baléares, pour y déposer les passagers militaires malades revenant d'Afrique par les paquebots à vapeur, que le mauvais temps obligerait de relâcher à Mahon ou sur un autre point de ces îles.

— Il règne à la prison de Reims une fièvre typhoïde intense qui a forcé d'évacuer près de quarante malades sur l'Hôtel-Dieu. On attribue la maladie à l'agglomération des prisonniers sur un seul point. La prison peut contenir 80 à 100 prisonniers et 180 y étaient, dit-on, renfermés. Ceux qui ne pouvaient pas payer pour avoir une cellule à part étaient couchés sur de la *paille empestée*, dans une chambre commune.

M. le D. Landouzy, ancien interne de l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé professeur-adjoint de pathologie externe à l'école secondaire de médecine de Reims.

— Paris compte aujourd'hui 1310 docteurs en médecine et 200 officiers de santé.

—

Rapport à M. le ministre de l'instruction publique.

Paris, le 27 octobre 1839.

Monsieur le ministre,

Au moment où vous vous occupez d'un projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, j'ai pensé qu'il serait utile de mettre sous vos yeux quelques documents relatifs aux études et aux examens qui ont eu lieu dans les écoles du royaume, pendant l'année scolaire 1838-1839. Peut-être jugerez-vous ces éléments susceptibles d'éclairer certaines questions, et notamment celle qui aurait pour but de changer, à tort, suivant moi, l'organisation actuelle de l'enseignement, en multipliant les Facultés aux dépens des écoles secondaires de médecine. Je vais avoir l'honneur de vous entretenir successivement des élèves, des réceptions de docteurs, et de ces écoles.

Nombre des élèves. — Dans le rapport que j'ai adressé l'année dernière à M. le ministre, votre prédécesseur, j'insistais particulièrement sur la diminution du nombre des étudiants en médecine, qui se faisait remarquer depuis l'ordonnance du 9 août 1836, dont les articles 1 et 2 exigent que les jeunes gens soient bacheliers ès lettres, pour être inscrits dans les Facultés de médecine, et bacheliers ès sciences, pour prendre la cinquième inscription. En novembre 1835, disais-je, les trois Facultés, de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, et les dix-huit écoles secondaires, avaient inscrit 1522 élèves *nouveaux*, tandis qu'en 1837, ce nombre n'était plus que de 744. Vous verrez, monsieur le ministre, par l'état ci-après, que 596 élèves seulement ont commencé l'étude de la Médecine dans l'année scolaire 1838-1839.

Faculté de	Paris,	212	295
—	Montpellier,	59	
	Strasbourg,	24	
	Amiens,	14	301
	Angers,	11	
	Arras,	21	
	Besançon,	13	
	Bordeaux,	28	
	Caen,	9	
	Clermont,	13	
	Dijon,	15	
	Grenoble,	9	
	Lyon,	25	
	Marseille,	7	
	Nancy,	15	
	Nantes,	17	
	Poitiers,	10	
	Rennes,	18	
	Reims,	2	
	Rouen,	12	
	Toulouse.	62	
	Total		596.

S'il est incontestable que la réduction de la population scolaire ait été jusqu'à présent le résultat de l'ordonnance de 1836, pouvons-nous admettre que les effets de cette ordonnance seront toujours les mêmes, et ne dira-t-on pas qu'un grand nombre de jeunes gens surpris, en quelque sorte, par les obligations nouvelles qu'elle impose, se préparent à les remplir, et viendront plus tard grossir le chiffre des étudiants? Je ne pense pas, M. le ministre, que le nombre des élèves en médecine augmente notablement d'ici à quelques années, et je me fonde: 1° sur ce que dans les écoles secondaires, où

l'on n'exige pas le titre de bachelier ès lettres pour délivrer la première inscription, il y avait, en novembre 1835, 427 élèves *nouveaux*, tandis qu'on n'en a compté en 1837 que 286, et 301 en 1838 ; pourtant l'instruction qui se donne aujourd'hui dans ces établissements est beaucoup plus forte qu'en 1835, et les inscriptions que l'on y acquitte ne sont plus payées une seconde fois dans les Facultés comme cela avait encore lieu en 1835; 2° sur ce que les élèves, qui, en 1836, lors de la publication de l'ordonnance, n'avaient pas le degré d'instruction nécessaire pour être reçus bacheliers ès lettres, devraient avoir obtenu ce diplôme depuis 1838, et les Facultés auraient dû les inscrire en 1837 ou en 1838. Suivant moi, la diminution des étudiants tient à la fois aux conditions imposées par l'ordonnance précitée, à la sévérité plus grande des examinateurs des Facultés de médecine, au nombre par trop considérable de docteurs et d'officiers de santé reçus depuis dix ans, et au développement toujours croissant du commerce et de l'industrie, qui attirent nécessairement à eux une partie des jeunes gens que les parents auraient destinés à la carrière de la médecine. Je n'insisterai pas, monsieur le ministre, sur les avantages du résultat que je signale; je me bornerai à faire ressortir combien la profession médicale doit gagner en considération et en dignité à un pareil déclassement, qui offre d'ailleurs tant de garanties au public, sous le rapport de l'instruction des gens de l'art.

Il est à remarquer, monsieur le ministre, que la diminution des élèves en 1837 et 1838 a porté sur ceux des Facultés où elle a été cette année de 163. Les écoles secondaires, au contraire, ont compté en 1838 quinze élèves de plus qu'en 1837, comme vous pourrez le voir par le tableau ci-joint :

Faculté de médecine.

En 1837.	458 élèves.
En 1838.	295
Différence en moins.	163

Ecoles secondaires.

En 1837,	286 élèves.
En 1838.	301
Différence en plus.	15

Ce résultat, loin de m'étonner, me confirme de plus en plus dans l'opinion que j'ai émise en 1837 (V. mon rapport à M. le ministre). Les avantages que présentent les écoles secondaires de médecine bien organisées sont tels, disais-je, que les parents n'hésiteront pas à préférer ces établissements aux Facultés, pour faire commencer l'étude de la médecine à leurs enfants, parce que là, les élèves son peu nombreux, et les sujets d'études multipliés, et parce qu'ils peuvent y être dirigés et mieux surveillés que dans les Facultés. Et si la loi nouvelle, comme cela me semble devoir être, assimile quant à leur valeur les inscriptions délivrées dans ces écoles, à celles que donnent les Facultés, je n'hésite pas à affirmer que les établissements de cet ordre seront encore plus suivis.

RÉCEPTIONS DE DOCTEURS.

Faculté de médecine de Paris. — Sur 2,301 candidats examinés pendant l'année scolaire qui vient de finir, 323 ont été refusés, c'est-à-dire 1 sur 7.

	Élèves déjà reçus Bacheliers ès-lettres.	Refusés.		
Premier exam. (sc. access.)	273	63 ou	1 sur	4 1/2
Deuxième examen.	549	75	1	7 1/2
Troisième examen.	558	92	1	6
Quatrième examen.	450	46	1	10
Cinquième examen.	471	47	1	10
Total.	2,301			

Sur 455 thèses soutenues, il y a eu 26 refus. L'année dernière le nombre des ajournements avait été le même sur 349 candidats. Je rappellerai ce que je disais à cet égard dans mon précédent rapport, savoir: que sur 4,671 thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris depuis 1823 jusqu'à la fin de 1837, le nombre total des ajournements n'avait été que de 34.

Faculté de Montpellier. — Sur 771 examens subis pendant l'année 1838 à 1839, le nombre des élèves refusés a été de 37, c'est-à-dire 1 sur 21.

	Elèves examinés.	Elèves refusés.		
Premier examen.	78	6 ou	1 sur	12 1/2
Deuxième examen.	176	20	1	9 env.
Troisième examen.	171	4	1	43
Quatrième examen.	179	7	1	25 1/2
Cinquième examen.	167	»		
	771			

Sur 171 thèses soutenues, il y a eu neuf refus. Cinq de ces dissertations ont été déclarées indignes de faire partie de la collection ; les quatre autres devront subir des modifications importantes avant d'être admises.

Faculté de Strasbourg. — Sur 152 candidats examinés, huit ont été refusés, c'est-à-dire 1 sur 19.

	Elèves examinés,	Elèves refusés.		
Premier examen.	27	5 ou	1 sur	5 1/2
Deuxième examen.	48	1	1	48
Troisième examen.	24	»		
Quatrième examen.	28	»		
Cinquième examen.	25	2	1	13
	152			

Vingt-trois thèses ont été soutenues, et tous les candidats ont été admis.

En résumé, les trois Facultés ont reçu 614 docteurs, savoir : 429 à Paris, 162 à Montpellier, et 23 à Strasbourg. Ce nombre, qui paraîtra sans doute fort élevé, ne sera guère, en 1841, et dans les années suivantes, que de 200 à 250 : alors, en effet, les réceptions porteront sur les élèves de 1837, de 1838, etc., qui ont été peu nombreux, tandis que cette année, les docteurs reçus font partie de cette masse prodigieuse

d'étudiants qui avaient encombré les Facultés en 1833, 1834 et 1835.

Ecoles secondaires.—Vous savez, monsieur le ministre, par les rapports officiels qui vous sont parvenus à la fin de chaque trimestre, qu'en général les cours ont été faits avec exactitude dans les écoles secondaires, que plusieurs étudiants ont été interrogés à chaque leçon, que des observations ont été recueillies par les élèves sous la direction des professeurs de clinique, que les études anatomiques ont été actives et bien suivies, que, dans beaucoup de ces écoles, les étudiants ont été exercés aux opérations chirurgicales, que partout, excepté dans un de ces établissements, les salles de maternité leur ont été ouvertes.

Les *examens de fin d'année* ont eu lieu en août dernier dans ces écoles, et la plupart des élèves ont soutenu leurs épreuves d'une manière satisfaisante. Ceux qui n'ont pas répondu à l'attente de leurs maîtres n'ont pas reçu le certificat d'*exeat*, et ne seront admis à prendre de nouvelles inscriptions que lorsqu'ils auront subi avec succès l'examen auquel ils n'ont pas satisfait. J'aime à répéter, monsieur le ministre, ce que je disais l'an dernier à l'occasion des examinateurs des écoles secondaires, qu'ils ont rempli cette partie de leur tâche avec zèle, conscience et désintéressement.

Grâce à votre active intervention, les conseils généraux et municipaux ont voté des fonds, dans le courant de cette année, pour les écoles d'Angers, de Lyon et de Poitiers, tant pour subvenir aux frais de premier établissement des cours créés en 1837, que pour indemniser les professeurs adjoints et provisoires qui ne recevaient encore aucune rétribution. Le conseil général de la Vienne a affecté une somme de 30,000 fr. à l'établissement d'une salle de maternité, où les élèves seront admis à pratiquer les accouchements, et le conseil municipal de Poitiers a fait construire un Amphithéâtre de chimie.

Je ne terminerai pas ce rapport, monsieur le ministre, sans appeler votre attention toute spéciale sur la nécessité de présenter à la prochaine session des chambres un projet de loi relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine. Je sais votre intention formelle, et je vous en remercie au nom du corps médical. L'ordre de choses actuel amènerait infailliblement une augmentation dans le nombre des officiers de santé; car les élèves qui ne peuvent pas obtenir le diplôme de bachelier ès sciences seront obligés de renoncer au doctorat : or, dans mon opinion, tout en reconnaissant le mérite de plusieurs des officiers de santé qui exercent aujourd'hui, il ne doit y avoir en France qu'une classe de praticiens. J'ajouterai qu'il devient urgent de faire cesser, par une législation qui protége tous les intérêts, les abus graves qui existent dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Agréez, mousieur le ministre, l'assurance de mes sentiments respectueux.

ORFILA,

Membre du conseil royal de l'Instr. pub.

Le directeur de service, A. TROUSSEAU.

Imprimerie de Scheinder et Langrand, rue d'Erfurth, 1.

7e ANNÉE.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES,

PAR LES DOCTEURS

H. GOURAUD, J. LEBAUDY, A. TROUSSEAU.

ACCOMPAGNÉ DE DOUZE PLANCHES D'ANATOMIE DE GRANDEUR NATURELLE GRAVÉES SUR ACIER.

PAR AN,—10 FRANCS POUR PARIS; 12 FR. POUR LES DÉPARTEMENTS,

On souscrit,

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE RACINE, 3, A PARIS.

1840.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 1. — JANVIER 1840.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838 (1).

Anatomie pathologique. — Si l'anatomie pathologique a été assez heureuse pour rattacher, dans un assez grand nombre de maladies, les symptômes observés pendant la vie à des lésions pour ainsi dire constantes après la mort, elle est encore bien loin d'avoir obtenu les mêmes résultats dans l'étude des maladies épidémiques. Soit que l'on considère comme une seule maladie un état général éminemment complexe, soit que chaque maladie emprunte au caractère épidémique une modification toujours nouvelle, ce fait n'en est pas moins constant. Ainsi, dans les maladies épidémiques des nouvelles accouchées, on a vainement cherché un organe qui fût toujours affecté et une altération toujours la même, et, dans plus d'un cas, ceux qui ont désigné la fièvre puerpérale sous le nom de métro-péritonite n'ont trouvé, à l'ouverture des cadavres, ni altération de l'utérus, ni inflammation du péritoine. L'impossibilité de localiser cette affection avait déjà été signalée par Stoll, qui s'exprime ainsi dans ses aphorismes sur la fièvre puerpérale : *Hinc patet, male semper uteri, ejus appendicum intestinorum, mesenterii, omenti, peritonei inflammationem statui pro hujus febris caussa ; neque ubique aut saburralem aut putridem esse.*

Cependant les beaux travaux de Dance et de M. Tonnelé sur la phlébite utérine et sur les altérations des lymphatiques avaient semblé donner la solution de cette grande question. On avait trouvé dans les lésions de ces vaisseaux une explication facile des symptômes généraux si graves que présentaient les malades, des épanchements de pus dans le péritoine, des abcès multiples rencontrés dans tous les organes, et dès lors la phlébite et la lymphite avaient été regardées comme les caractères anatomo-pathologiques des fièvres puerpérales. Aussi ce ne fut pas sans étonnement que, pendant toute l'année 1838, cherchant, à chaque nouvelle autopsie, des lymphatiques pleins de pus, des veines enflammées, je les ai presque constamment trouvés parfaitement sains. En même temps qu'il y avait du pus dans le péritoine, dans les muscles, dans le tissu cellulaire du bassin, les vaisseaux étaient intacts au milieu de tous ces désordres. Sur vingt-quatre autopsies, deux seulement ont présenté une lymphite peu étendue, et trois une véritable phlébite utérine ; à l'exception de deux cas dans lesquels on n'a pu constater aucune altération anatomique, on a trouvé dans tous les autres du pus infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et dans celui du bassin. J'aurais néanmoins regardé ces faits comme une exception à la règle généralement adoptée, si je n'avais su depuis que, pendant la même année, M. Jacquemier, à la Maternité, et M. Landouzy, à l'hôpital des Cliniques, en 1839, avaient obtenu les mêmes résultats. L'inflammation des veines et des lymphatiques serait donc beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a dit ; ou peut-être ce genre de lésion n'appartient-il qu'à certaines épidémies de fièvre puerpérale. Sans prétendre, en aucune façon, juger cette question, je décrirai avec soin les caractères anatomiques que j'ai observés, attendant que de nouveaux faits viennent confirmer ou renverser les résultats que j'ai obtenus.

L'utérus, qui semblerait devoir être le siége presque exclusif des lésions anatomiques, ou du moins leur point de départ, a été trouvé le plus souvent exempt de toute lésion ; peut-être parce que son anatomie pathologique n'est pas encore assez connue, ou bien plutôt parce que la fièvre puerpérale est une maladie générale qui affecte l'organisme entier, laissant partout des traces plus ou moins nombreuses de son passage, et ne les localisant point dans tel ou tel organe en particu-

(1) V. le n. de décembre 1839.

lier. L'utérus avait toujours conservé un volume plus considérable que celui qu'il devait avoir, d'après le nombre de jours écoulés depuis l'accouchement. A l'extérieur il présentait une tumeur globuleuse, non parfaitement symétrique, déformée par le poids de la masse intestinale. Une injection plus ou moins foncée à sa surface lui donnait une teinte marbrée très-variable ; les vaisseaux placés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal formaient sur les côtés des arborisations assez distinctes qui, vers le fond et sur la face antérieure de l'utérus, plus fines et moins régulières, s'étendaient en plaques assez grandes. A l'intérieur, on trouvait une matière d'un rouge lie de vin, gluante, sanieuse, adhérente à toute la paroi interne, mais surtout à la partie qui donnait insertion au placenta, s'enlevant facilement avec le manche d'un scalpel, ayant tantôt une odeur lochiale particulière, tantôt une odeur de putréfaction insupportable et plus prononcée chez les femmes dont l'utérus avait encore un volume assez considérable. Cela pouvait tenir et à la quantité de cette matière sanieuse, qui était alors plus grande, et à l'introduction de l'air, qui était aussi plus facile. J'ai examiné si cette odeur se liait à un état particulier des tissus de l'utérus, et il m'a semblé qu'ordinairement cet organe présentait une mollesse inaccoutumée; je n'ai pas eu une seule fois occasion d'observer son état gangréneux. Dans les cas les plus communs, une fois cette matière lochiale enlevée par un courant d'eau, l'utérus offrait un tissu sain, ferme et d'un rose pâle. C'est vers le col qu'existaient les lésions les plus marquées. On y observait quelquefois de larges ecchymoses, des plaques noirâtres que quelques auteurs ont regardées comme un commencement de gangrène, que quelques autres ont refusé même d'admettre comme un état morbide de l'utérus.

Si dans quelques cas le tissu de l'utérus s'est trouvé ramolli, bien plus souvent il était ferme, résistant sous le scalpel, offrant une coupe d'un blanc rosé, d'un aspect fibreux avec quelques orifices de vaisseaux béants. Ces vaisseaux contenaient alors un sang liquide qui venait suinter à la surface des tissus divisés, quand on les pressait entre les doigts; leurs parois étaient quelquefois d'un rouge assez foncé, mais par l'imbibition seule du sang, car elles n'étaient ni ramollies, ni épaissies, ni rugueuses à leur face interne, et ne présentaient enfin aucune trace de phlegmasie. Chez trois femmes cependant il existait évidemment une phlébite utérine; il en sera question à l'occasion de ces vaisseaux. Dans presque tous les cas où il se rencontra du pus dans le tissu de l'utérus, ce fut plus près de la face externe que de l'interne, vers les parties latérales et le fond, rarement sur la face moyenne antérieure et postérieure. Il formait de petits foyers de la grosseur de pois et qu'on aurait pu prendre pour du pus placé dans l'ouverture d'un vaisseau. Mais, lorsqu'avec un stylet on cherchait à pénétrer dans les tissus, on ne trouvait aucune issue, et, lorsqu'on avait enlevé le pus avec un filet d'eau, on n'avait plus qu'une petite excavation parfaitement limitée dans laquelle la matière avait été comme enkystée. Les parois de ces excavations étaient inégales, blanchâtres, nullement ramollies, et, dans une coupe, les tissus environnants ne semblaient pas enflammés. Jamais il ne s'est rencontré une collection de pus un peu notable et les plus considérables avaient, tout au plus, le volume d'un gros pois. Plusieurs fois j'ai trouvé de ces petits foyers dans l'épaisseur même des ligaments ronds. Ce pus était verdâtre, peu épais et sans odeur.

Une altération plus fréquente encore que celle que je viens de décrire, consistait en une infiltration de pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'utérus, et dans le tissu cellulaire si abondant de l'excavation pelvienne.

Dans l'état de gestation, le péritoine n'est que très-lâchement uni à l'utérus, surtout près du col et sur les côtés; cette disposition persiste pendant un temps assez long après l'accouchement, et elle explique, suffisamment je pense, la facilité que trouve le pus à s'infiltrer dans ces régions. Quelquefois il était réuni en assez grande quantité pour donner à toutes ces parties un aspect bosselé avec une coloration verdâtre. Dans plusieurs cas le tissu cellulaire tout entier du bassin en était tellement rempli que, dans quelque endroit que l'on fît une incision, il présentait une coupe d'un jaune verdâtre, due à l'infiltration du pus qui distendait ses mailles. Sur plusieurs points ce pus formait de véritables abcès de la grosseur d'une noisette. Ne serait-ce pas à cette infiltration que seraient dus les abcès des fosses iliaques si fréquents chez les nouvelles accouchées, et ceux surtout qui se manifestent chez des femmes qui ont été atteintes de fièvre puerpérale? Mais là où le pus se rencontrait le plus souvent, c'était dans le tissu cellulaire des ligaments larges et des ovaires. Ceux-ci surtout, quand la maladie avait duré un temps assez long, se trouvaient parfois envahis en entier par la suppuration et transformés en une poche purulente. Dans tous ces cas il n'existait pas, comme le dit M. Nonat, avec cette suppuration dans le tissu cellulaire du pus dans les lymphatiques ou dans les veines, et presque constamment ces vaisseaux, examinés avec le plus grand soin, ne présentaient aucune altération.

Dans quelques cas cependant leur altération était manifeste. Deux fois il s'est trouvé du pus dans les lymphatiques, jusque dans les ganglions lombaires, mais non dans le canal thoracique. Examiné dans les lymphatiques des ligaments larges, ce pus était plus épais que celui qui était infiltré dans le tissu cellulaire environnant; il remplissait tout leur calibre et semblait adhérent à leurs parois. Celles-ci n'étaient nullement épaissies ni ramollies, mais avaient perdu de leur transparence. En remontant du côté des lombes, le

pus remplissait moins les vaisseaux, était moins épais et surtout plus facile à détacher des parois. Il en existait également dans les ganglions lombaires, mais en très-petite quantité. En même temps le tissu cellulaire au milieu duquel se trouvaient les lymphatiques était infiltré de ce pus séreux et verdâtre dont il a déjà été question.

L'inflammation des veines n'a guère été plus fréquente que celle des vaisseaux lymphatiques; elle ne s'est présentée que trois fois. Dans l'un de ces cas il existait par place dans plusieurs veines utérines un liquide sanieux qui ressemblait étrangement à la matière lochiale contenue dans l'utérus; mais il était impossible d'admettre que ce liquide avait été absorbé, car il ne se rencontrait point dans les parties des vaisseaux les plus rapprochées de la surface interne de l'utérus. Je ne décrirai point les altérations bien connues qui rendaient des plus évidentes l'inflammation des veines, je dirai seulement que dans aucun cas cette inflammation ne s'étendait plus loin que l'hypogastrique.

Le péritoine, dont les lésions ont semblé si constantes à quelques accoucheurs, qu'ils regardaient la fièvre puerpérale comme une véritable péritonite, a été observé six fois exempt de toute altération. Il ne présentait même pas cette sécheresse des parois, cet aspect visqueux que l'on a dit être les premières traces d'une phlegmasie commençante. Mais dans le plus grand nombre des cas il existait un état morbide manifeste de cette séreuse, se présentant sous deux formes différentes en rapport avec la durée de la maladie.

Dans l'une, alors que l'inflammation était à son début, le péritoine présentait une coloration rose dans presque toute son étendue, bien distincte principalement sur les circonvolutions de l'intestin grêle et la paroi antérieure de l'abdomen. Par places il semblait admirablement injecté, des arborisations vasculaires d'un rouge vermeil, très-fines et entrelacées venant à former comme des ecchymoses au-dessous de lui. Mais il suffisait d'enlever le péritoine avec précaution, de détacher avec des pinces le tissu cellulaire qui double sa face externe, pour enlever aussi toutes les arborisations et en même temps tous les signes de la phlegmasie. Cette séreuse, que l'on avait crue d'abord tout ecchymosée, reprenait à l'instant son épaisseur, sa consistance et sa transparence normales. Lorsque la maladie s'était un peu prolongée, on ne voyait plus d'arborisations vasculaires dans le tissu cellulaire sous-séreux. Le péritoine était pâle, moins transparent qu'à l'état sain, et comme pénétré par les liquides contenus dans sa cavité. Mais il n'y avait encore dans ces cas nulle altération appréciable dans sa consistance, son épaisseur, et on le détachait facilement des parties qu'il recouvre.

Quant aux liquides contenus dans l'abdomen, ils présentaient de grandes différences dans leur quantité et dans leur coloration. Tantôt il existait à peine plein un verre d'une sérosité citrine ou légèrement trouble, tantôt il y en avait jusqu'à trois litres. Une seule fois j'ai trouvé ce liquide rougi assez fortement par du sang. Dans le plus grand nombre des cas l'épanchement était de nature purulente, plus liquide dans les hypochondres et entre les circonvolutions intestinales que dans l'excavation pelvienne, où l'on trouvait assez souvent un pus épais et comme phlegmoneux avec de nombreux débris de fausses membranes. Chez deux femmes qui n'avaient succombé qu'après un temps assez long, le péritoine était presqu'entièrement tapissé de fausses membranes épaisses, formant une sorte d'enveloppe au foie et à la rate. Les intestins agglutinés présentaient une seule masse; ils étaient pâles, se laissant déchirer avec la plus grande facilité, comme s'ils eussent été macérés dans le pus.

Une seule fois j'ai rencontré une lésion assez remarquable qui, du reste, avait déjà été observée par Chaussier, M. Tonnelé, M. le professeur Dubois, je veux dire une perforation spontanée de l'estomac. Elle existait chez une femme âgée de trente-sept ans, enceinte pour la dixième fois, épuisée par de profonds chagrins et une affreuse misère. Accouchée le 1er mai elle fut prise le lendemain de son accouchement par un violent frisson et tous les autres symptômes d'une fièvre puerpérale des plus graves. Elle succomba le 8 mai, et l'autopsie fut faite dix-huit heures après la mort. Le tube digestif, sain dans toute son étendue, ne présentait d'autre lésion qu'une perforation dans le grand cul-de-sac de l'estomac. De la grandeur d'une pièce de 5 francs, inégale, à bords frangés et amincis, il semblait qu'elle avait été produite par usure. Autour de la perforation la muqueuse était grise, blafarde et ramollie dans l'espace de quatre lignes environ. Dans tout le reste de cet organe la muqueuse était pâle et nullement ramollie. Des liquides verdâtres étaient passés dans le péritoine par la perforation, ils occupaient l'hypochondre gauche, où ils étaient circonscrits dans un espace assez étroit. Aux environs de cet épanchement il existait une injection assez prononcée; le reste du péritoine était sain. Trois malades, dont deux succombèrent, ont présenté des abcès dans les muscles. Ces abcès se développèrent toujours loin du tronc, à la face postérieure des membres, à la jambe dans la couche superficielle, à l'avant-bras dans la masse des extenseurs. Dans les deux cas de mort la suppuration n'avait pas eu le temps de bien s'établir; le tissu cellulaire sous-cutané contenait une assez grande quantité de sérosité limpide; les muscles tuméfiés et bridés par les aponévroses d'enveloppe, étaient infiltrés d'un liquide séro-sanguinolent et dans quelques points d'une matière sanieuse qui aurait présenté tous les caractères du pus, si la maladie se fût un peu prolongée. Les fibres musculaires étaient pâles, comme macérées, se déchirant avec la plus grande facilité. Dans toute la région occupée par cette infiltration, au-dessus et au-dessous

d'elle, les veines, disséquées avec le plus grand soin, n'offraient aucune trace de phlegmasie. Les autres muscles des membres et ceux du tronc ne présentaient rien de semblable. Chez la seule malade qui n'a pas succombé, l'abcès exista à la partie antérieure de la jambe, non pas circonscrit, mais remplissant la gaîne du tibial antérieur. Il ne se montra pas avec les caractères des abcès phlegmoneux; la peau n'avait pas changé de couleur, la douleur était sourde et répandue dans toute la gouttière péronéo-tibiale, il y avait un léger gonflement sans œdème. Une incision faite sur la partie moyenne du membre donna issue à un pus de bonne nature, beaucoup plus abondant qu'on ne l'aurait présumé d'après le volume de la tuméfaction.

Quant aux autres altérations qui ont été observées, elles sont peu nombreuses. Une seule fois il s'est rencontré du pus dans les articulations huméro-cubitale et radio-carpienne, six fois dans la plèvre et jamais dans les poumons. Quelque gêne de la respiration que les malades eussent présentée, il n'existait dans ces organes qu'un peu d'engouement à la partie postérieure et inférieure, et pas une seule fois une collection purulente ou une simple pneumonie.

Je n'ai rapporté ici que les altérations anatomiques principales sans entrer dans tous les détails fournis par les autopsies; j'examinerai maintenant chacun des symptômes observés pendant la vie, et après cet exposé nous verrons s'il est possible d'établir entre les lésions cadavériques et les diverses formes de la maladie quelque corrélation raisonnable.

SYMPTOMES.

Frissons. — Le début de la fièvre puerpérale était ordinairement signalé par un frisson. Si ce symptôme a quelquefois manqué, il était cependant si fréquent, que sa présence suffisait presque à elle seule pour permettre de diagnostiquer l'invasion de la maladie. Plusieurs cas se sont présentés d'une nouvelle accouchée, qui s'étant exposée au froid, ou ayant éprouvé une impression morale vive, avait été prise d'un léger frisson suivi d'un mouvement fébrile assez intense, sans que ces accidents aient eu des conséquences graves; ces cas ont été rares, et ils n'ont été observés qu'à une époque où l'état sanitaire des salles était excellent. Mais alors que l'influence épidémique se faisait sentir, on pouvait affirmer, et cela d'une manière presque absolue, que tout frisson bien caractérisé était une fièvre puerpérale. Parce qu'à la suite du frisson la malade ne présentait pas toujours un cortége effrayant de symptômes, parcequ'un traitement énergique enrayait quelquefois la marche de la maladie, il ne faudrait pas en conclure que l'on n'avait pas affaire à une fièvre puerpérale; ce serait tomber dans l'exagération de ces praticiens qui, considérant cette maladie comme constamment mortelle, ne comptent pour rien ses symptômes, et refusent de reconnaître son existence chez toute nouvelle accouchée qui n'aura pas succombé. Quant à nous d'après des faits assez nombreux, nous croyons pouvoir dire que, toutes les fois que nous avons vu survenir un véritable frisson à une époque rapprochée de l'accouchement, et alors qu'il y avait déjà quelques femmes malades dans nos salles, ce fut un signe non douteux de fièvre puerpérale, et le début d'accidents graves qui, s'ils n'étaient heureusement entravés par une médication active, devenaient rapidement mortels.

Le frisson ne se montrait pas, comme l'ont observé quelques médecins, précédé de malaises, de céphalalgie, d'un sentiment profond de fatigue ou de courbature dans les membres; c'était au contraire un de ses caractères les plus tranchés, d'apparaître subitement et quelquefois avec une intensité remarquable dès le début. Nous avons vu M. Dubois, au moment de sa visite, examiner une nouvelle accouchée avec le plus grand soin, interroger tous les organes, sans rencontrer le moindre symptôme pathologique, et la visite n'était pas encore terminée, qu'il était obligé de revoir cette même malade qui venait d'être prise d'un violent frisson; puis survenaient tous les autres symptômes d'une fièvre puerpérale qu'une demi-heure avant rien ne permettait de soupçonner. Plus d'une fois même il s'est manifesté tout à coup au milieu du sommeil des malades qui se réveillaient effrayées en se trouvant saisies d'un tremblement général; quand le frisson débutait ainsi dans la nuit, il était ordinairement très-fort, se prolongeait longtemps et devait inspirer des craintes sérieuses.

L'époque de son apparition était fixée du deuxième au quatrième jour après l'accouchement plutôt vers le soir et dans la nuit que le matin et dans la journée, le plus souvent très-rapprochée du mouvement fébrile qui annonce la fièvre de lait. A mesure qu'il s'éloignait du moment de la délivrance il était moins grave, et chez deux femmes où il s'était montré quelques heures après l'accouchement, la maladie eut une terminaison rapidement funeste. Sa durée était très-incertaine; elle variait d'un quart d'heure à une heure, une heure et demie; il ne semblait pas que les moyens employés pour l'abréger, tels que des couvertures chauffées, des cataplasmes sinapisés aux jambes, des boissons chaudes, fussent d'une grande efficacité. Ordinairement continu, quand il était séparé par des intervalles de calme, c'était à son début ou à sa terminaison. Général dans le plus grand nombre de cas, il était aussi quelquefois partiel; alors il se faisait sentir le long de la colonne vertébrale ou dans les membres inférieurs, et il était en même temps moins intense, moins continu. Lorsqu'il était court et peu violent, ou qu'il venait à manquer complétement, le pronostic de la maladie devenait assez favorable; mais dans ces cas, qui étaient assez rares, il fallait encore employer les mêmes soins, et être toujours en garde comme dans les circonstances les plus graves. Deux des malades chez lesquelles ce symp-

tôme n'avait point été observé, n'en ont pas moins succombé.

Il a existé dans quelques cas une autre espèce de frisson qu'on ne pouvait confondre avec le premier; survenant plusieurs jours après le début de la maladie, et à plusieurs reprises dans une même journée, toujours passager, et qu'un examen attentif ne permettait de rapprocher d'aucun changement notable dans l'état de la malade. Mais nous n'avons jamais eu occasion d'observer ces frissons réguliers, persistants, qui ont fait admettre par Osiander et d'autres accoucheurs des fièvres puerpérales intermittentes.

Pouls.—Quelle que fût la forme que dût revêtir plus tard la maladie, le pouls était toujours concentré et petit pendant la durée du frisson; aussitôt la réaction commencée, il prenait de nouveaux caractères, tantôt développé, plein et dur, tantôt large et très dépressible. Quand ces différents types étaient bien prononcés, ils fournissaient des indications assez précises et sur le caractère de la fièvre puerpérale, et sur les moyens thérapeutiques à employer. Dans le premier cas on avait affaire à la forme inflammatoire, dans le second à la forme typhoïde; ici les antiphlogistiques étaient contre-indiqués, là ils étaient peut-être le seul moyen de salut. Mais l'état du pouls n'était pas toujours facile à justement apprécier; quelquefois il persistait, après le frisson, petit et concentré, quoique appartenant à la forme inflammatoire, et ne se relevait qu'au bout de quelques heures, soit spontanément, soit après une première saignée; ou bien large et développé dans la période de réaction qui succédait au frisson, il devenait tout à coup sans force, et dépressible sous l'influence d'une émission sanguine d'une ou deux palettes. Ainsi il fallait ne pas trop se fier aux premiers caractères du pouls, et chercher dans l'ensemble des symptômes d'autres éléments de diagnostic. Ordinairement dans les douze premières heures il s'était mieux dessiné et avait affecté un type particulier à chacune des deux formes de la maladie que j'ai décrites; mais encore il était loin d'être constamment le même à tous les instants du jour. Il survenait souvent vers le soir un mouvement fébrile, et le pouls, qui pendant tout le jour avait été d'une petitesse remarquable, reprenait alors une force à laquelle devait bientôt succéder une faiblesse plus grande qu'elle n'avait jamais été. Il faut encore ajouter que dans l'espace de quelques heures il éprouvait parfois des changements assez notables sans que l'on sût à quoi les rattacher. On voit, par ce que nous venons de dire, que si, d'une manière générale, le pouls présentait des types différents dans la fièvre puerpérale inflammatoire et dans la typhoïde, il était cependant sujet à de grandes variations, et qu'on ne pouvait lui assigner un type toujours le même. Mais un caractère qui ne manquait jamais, quelle que fût la forme de la maladie, était son extrême fréquence. Dès le début des premiers accidents il donnait jusqu'à cent dix, cent vingt pulsations par minute. Dans toutes les périodes de la maladie, à tous les instants du jour, on trouvait constamment une grande fréquence qui se prolongeait encore quelque temps alors même que la convalescence était commencée. L'exploration du pouls était des plus utiles et, dans certains cas, suffisait à elle seule pour apprécier parfaitement l'état des malades. Plus d'une fois j'ai vu M. Dubois, chez des femmes qui avaient éprouvé un léger frisson, du malaise, de la céphalalgie, quelques douleurs abdominales, mais dont le pouls était calme, négliger ces accidents qu'il regardait comme passagers, et toujours les faits venaient justifier cette manière de voir. Mais d'un autre côté si chez une accouchée atteinte de fièvre puerpérale, tandis que les douleurs abdominales cessaient, et qu'il y avait un amendement notable dans tous les symptômes, le pouls conservait une grande fréquence, il fallait être encore sur ses gardes, car la maladie n'était pas vaincue.

Douleurs abdominales. — Les douleurs abdominales ont été un symptôme pour ainsi dire constant, car une seule fois elles n'ont point été observées, quoique la maladie se soit terminée par la mort. Dans ce cas il n'existait aucun signe de l'inflammation du péritoine; et cependant à l'autopsie on trouva qu'il contenait une assez notable quantité de pus. Ce fait est tellement exceptionnel qu'on est tenté de croire que des douleurs ont existé, mais que n'étant point très-vives, elles ont été dissimulées par la malade. Ordinairement elles apparaissaient dans la période de réaction qui succédait au frisson; quelquefois elle se manifestaient en même temps que lui, comme aussi, dans des cas plus rares, elles le précédaient ou le suivaient de quelques heures. Elles commençaient à se faire sentir dans l'aine, plus souvent d'un seul côté que des deux à la fois. Les régions lombaires et hypogastriques ont été aussi plusieurs fois le point de départ des douleurs, mais jamais aucune autre région de l'abdomen, ainsi que cela a été observé dans certaines épidémies. Quand la maladie devait avoir une heureuse terminaison, on voyait, sous l'influence d'un traitement énergique, les douleurs se limiter aux points qu'elles avaient d'abord affectés et s'amender peu à peu; mais quand la maladie était grave, elles s'étendaient, malgré les médications les plus actives, vers les lombes, et avaient bientôt envahi tout l'abdomen. Alors elles étaient véritablement excessives; les malades ne pouvaient supporter le poids d'un cataplasme ni celui des couvertures; elles osaient à peine respirer ou faire le moindre mouvement de peur d'exaspérer leurs souffrances. Et si la maladie s'était montrée à une époque très-rapprochée de l'accouchement, alors que les coliques utérines n'avaient point encore cessé, il est difficile de se figurer les douleurs atroces que causait chaque nouvelle contraction de l'utérus.

Avec quelque intensité qu'elles se soient manifestées, et quelque étendue qu'elles aient occupée, jamais elles ne se sont prolongées jusqu'à la fin de la maladie. Parvenues à leur plus grand développement, elles s'amendaient assez vite en deux ou trois jours au plus, devenaient obtuses, profondes, et cessaient complétement, un temps plus ou moins long avant la mort; quelquefois même, quarante-huit heures après le début des premiers accidents, elles avaient presque entièrement disparu. Il fallait bien se garder de tirer, dans tous les cas, un pronostic favorable de leur diminution ou même de leur cessation complète, car si c'est un symptôme favorable dans les premiers jours de la maladie, et alors que l'état général devient meilleur en même temps, il ne faut pas oublier qu'il coïncide bien souvent avec l'apparition du météorisme, et un commencement de suppuration dans l'abdomen. Ce fait a été plus d'une fois parfaitement constaté.

Altération de la face. — Lorsque la maladie se manifestait avec quelque intensité dès le début, que le frisson s'était prolongé et que les douleurs abdominales étaient vives, la physionomie éprouvait rapidement une altération profonde. On ne saurait croire combien peu de temps suffisait pour cela; dans l'espace de quelques heures, des malades qui vous avaient offert un visage calme, plein de santé, vous les retrouviez avec tous les traits décomposés, les joues pâles, les lèvres entr'ouvertes et tremblantes, les yeux égarés, toute la face grippée, couverte de sueur, et avec un air de singulière et profonde souffrance. Cette altération des traits se montrait plutôt dans la forme typhoïde de la fièvre puerpérale que dans la forme inflammatoire : dans celle-ci la réaction arrivait promptement et ranimait la physionomie, dans l'autre au contraire elle rendait à peine quelque vivacité aux regards. Alors on pouvait presque à coup sûr prévoir une fièvre puerpérale grave, et redouter avec raison, une terminaison funeste.

Un autre symptôme, moins fréquent que le précédent, et aussi d'une moins grande importance parcequ'il ne se montrait que sur la fin de la maladie, était quelquefois fourni par l'examen de la face; c'étaient de petits mouvements convulsifs des lèvres et des paupières, très-répétés, et dont la malade n'avait nullement conscience. Dans quatre cas où ils ont existé, la maladie eut une terminaison funeste, et ils ne se présentèrent que deux jours environ avant la mort. Lors même qu'un plus grand nombre de faits permettrait de préciser la valeur qu'on doit attribuer, pour le pronostic, à ces mouvements convulsifs de la face, on comprend qu'ils n'auraient pas encore une grande importance, parcequ'à l'époque de la maladie où on les observe, il existe déjà plus d'un signe non douteux d'une mort inévitable.

Enduit de la langue, vomissements, diarrhée. — Les symptômes importants fournis par l'examen du tube digestif, ne se montraient que plusieurs jours après le début de la maladie, ou vers sa fin; je ne veux point parler de l'état fuligineux des dents, de la soif plus ou moins vive, de la sécheresse de la langue, tous symptômes qui se rencontrent à certaines périodes des maladies, et qui ne présentèrent ici rien de particulier. Mais je ne dois pas omettre de dire quelques mots d'un enduit blanc ou jaunâtre qui, dans un grand nombre de cas, recouvrait la langue des malades dans toute son étendue. M. A.-C. Baudelocque, qui a observé un si grand nombre de fièvres puerpérales, assure n'avoir que bien rarement vu la langue couverte d'un enduit jaunâtre, annonçant un embarras des premières voies; son opinion à cet égard est tellement arrêtée, qu'il va jusqu'à regarder l'épidémie traitée par Doulcet à l'Hôtel-Dieu de Paris, comme un embarras gastrique simple. Alors il faudrait considérer comme une exception les faits que j'ai constatés pendant l'année 1838; mais il n'en est pas moins constant que chez beaucoup de malades, cet enduit de la langue fut observé quoiqu'il existât une fièvre puerpérale bien manifeste. Dans quelques cas l'indication thérapeutique fournie par ce symptôme fut suivie avec succès, dans d'autres la terminaison a été funeste, quoiqu'on eût employé le même mode de traitement.

Les vomissements furent un symptôme assez fréquent, appartenant plutôt à la forme typhoïde de la fièvre puerpérale, qu'à la forme inflammatoire; dans celle-ci, ils survenaient rarement dès les premiers jours, ils étaient précédés par des nausées, et une fois déclarés étaient souvent encore séparés par des intervalles de calme assez longs; dans celles-là ils apparaissaient toujours beaucoup plus tôt, quelquefois même dès le lendemain de l'invasion; ils se déclaraient aussi plus brusquement, se succédaient avec rapidité, résistaient à toute médication, et assez fréquemment se prolongeaient jusqu'à la terminaison funeste de la maladie. On a indiqué comme cause de ces vomissements le refoulement qu'éprouve l'estomac quand il existe un météorisme considérable, l'inflammation qui dans certains cas envahit très-rapidement l'enveloppe péritonéale de cet organe, du foie, ainsi que la face inférieure du diaphragme. J'ai cherché quelle pouvait être la part d'action de ces différentes causes, et il m'a semblé que celle du météorisme était presque nulle; que si les vomissements avaient été très-abondants quand l'inflammation péritonéale avait existé sur l'estomac, le foie et le diaphragme, ils pouvaient être attribués à la surexcitation directe de ces organes, mais qu'ils pouvaient également dépendre de la gravité même de la maladie, lorsque le péritoine était ainsi enflammé dans toute son étendue; car autrement comment expliquerait-on les vomissements qui surviennent si opiniâtres alors même qu'il n'y a ni météorisme, ni lésion du péritoine? Si on comprend aisément l'action toute mécanique d'un météorisme

considérable sur l'estomac, et surtout l'influence d'une phlegmasie étendue sur les contractions spasmodiques de l'estomac et du diaphragme, il faut admettre aussi que les vomissements peuvent exister indépendamment de ces deux causes, et comme dans un assez grand nombre de maladies, n'être qu'un symptôme de la part de sympathie éprouvée par l'estomac dans une affection grave, et un des accidents qui composent l'ensemble des symptômes de la fièvre puerpérale.

Dans quelques cas ces vomissements fatiguaient considérablement les malades par les efforts, souvent inutiles, que nécessitait l'expulsion des liquides, et par les douleurs abdominales qu'ils exaspéraient; mais le plus souvent ce fut un de leurs caractères les plus marqués que la facilité avec laquelle ils avaient lieu.

Il n'était pas besoin d'efforts, et au moindre mouvement pour boire, pour changer de position, les malades voyaient affluer dans leur bouche des liquides qu'ils laissaient tomber plutôt qu'ils ne les vomissaient.

La quantité des matières rejetées était difficilement appréciable, car ils ne pouvaient se servir continuellement d'une bassine, et vomissaient sur des alèzes. C'est qu'alors les vomissements étaient extrêmement fréquents, mais chacun d'eux était peu abondant; les femmes qui, à cette période de la maladie, affectaient ordinairement un décubitus dorsal, à tout instant détournaient la tête et rejetaient une gorgée de liquide arrivée sans la moindre secousse.

La nature des vomissements était presque toujours la même. Les premiers étaient troubles, jaunâtres, se composant de tisane et de potions bues par les malades, mais ils prenaient bientôt un caractère plus tranché qu'ils gardaient jusqu'à la fin.

Ils étaient formés de matières bilieuses assez liquides, vertes, et au milieu desquelles nageaient des flocons de même couleur, semblables à des algues. L'apparition de ces vomissements avait toujours une certaine gravité, car ils indiquaient une intensité assez grande de la maladie et son passage à une période plus avancée; mais lorsqu'ils se prolongeaient malgré tous les moyens employés pour les combattre le pronostic devenait des plus fâcheux.

La constipation et la diarrhée furent des symptômes particuliers à quelques épidémies de fièvre puerpérale observées à l'Hôtel-Dieu de Paris. On voit, dans les rapports de Ténon sur les hôpitaux, que dans certaines années il y avait une constipation opiniâtre, et dans d'autres une diarrhée interminable. Malgré cela, M. A.-C. Baudelocque considère le premier de ces symptômes comme beaucoup plus fréquent dans la péritonite puerpérale sporadique, tandis que l'autre appartiendrait presqu'exclusivement à la péritonite puerpérale épidémique. Il eût peut-être été mieux de rattacher ces symptômes à la forme particulière de la maladie. A l'hôpital des Cliniques, la constipation et la diarrhée régnaient alternativement, et souvent même toutes les deux ensemble, et cet état différent du tube digestif dépendait de la forme de la maladie. Dans la fièvre puerpérale inflammatoire, les malades restaient constipés, et l'administration de deux onces d'huile de ricin procurait à peine deux ou trois selles. Souvent on était obligé de recourir une seconde fois aux purgatifs et il était rare, à moins que la maladie ne fût arrivée à son plus haut degré, qu'une diarrhée un peu inquiétante fût la suite de cette médication. Dans la fièvre puerpérale typhoïde, au contraire, la diarrhée était un des symptômes les plus alarmants. Elle se montrait ordinairement vers le troisième ou le quatrième jour de la maladie, quelquefois plus tard, et dans certains cas graves dès le début de la maladie. La proposition de M. Baudelocque serait donc vraie, mais seulement parce que dans la fièvre puerpérale sporadique c'est la forme inflammatoire qui prédomine, et la forme typhoïde dans la fièvre puerpérale épidémique.

Il en est de même pour la valeur que l'on doit accorder à ces symptômes. Dans le plus grand nombre des cas, comme la diarrhée appartient à la forme la plus grave de la maladie, elle est un accident fâcheux; mais quand après la constipation elle survient spontanément ou provoquée par des purgatifs, elle est favorable. Dans l'épidémie dont je trace le tableau, qui présentait en même temps les deux formes de la fièvre puerpérale, ce fait s'est montré de la dernière évidence. A la même époque, dans la même salle, tandis que chez une malade la diarrhée était un symptôme de la marche rapide des accidents vers une terminaison funeste, chez une autre elle jugeait la maladie et commençait la guérison. Quant à la nature des matières excrétées, elle fut très-variable. Elles étaient loin de présenter toujours les mêmes caractères dans chacune des deux formes qui ont été décrites. Tantôt jaunes ou brunes, tantôt liquides ou glaireuses, mais presque constamment fétides; leur odeur était quelquefois si infecte qu'on eût dit des matières animales putréfiées. Jamais elles n'ont été sanglantes; dans deux cas où j'avais cru d'abord reconnaître du sang, un examen plus attentif me montra clairement que ce sang provenait des parties génitales.

Si dans les cas où il y avait de la constipation M. Dubois administrait des purgatifs et provoquait des selles ordinairement salutaires, il combattait aussi la diarrhée pour peu qu'elle se montrât abondante. Loin de regarder avec quelques praticiens ce symptôme comme un effort de la nature pour se débarrasser d'éléments pernicieux, une indication que l'on devait se hâter de suivre, il le considérait avec juste raison comme un symptôme funeste, un accident qui, s'il n'était arrêté, épuisait rapidement les malades, les jetait dans un état de faiblesse extrême en quelques jours et rendait presque inévitable une terminaison funeste.

Le météorisme, que rend si facile l'état de

laxité des parois abdominales chez les nouvelles accouchées exista constamment, mais à des degrés tres-variables. Ordinairement il commençait vers le troisième ou quatrième jour de la maladie, et prenait un développement très-rapide s'il venait à se manifester de la diarrhée. Alors l'espace de vingt-quatre heures suffisait quelquefois pour que le ventre eût pris un volume presqu'égal à celui qu'il avait avant l'accouchement. Mais ce développement si prompt, surtout quand il avait lieu à une époque rapprochée du début des accidents, ne se montrait que dans la fièvre puerpérale typhoïde. Dans la forme inflammatoire le météorisme ne se développait qu'avec lenteur et était rarement considérable.

Avec l'apparition de ce symptôme coïncidait dans la plupart des cas un amendement des douleurs abdominales ou même leur cessation complète. Mais il fallait bien se garder de tirer un augure favorable de cette indolence de l'abdomen, car en même temps il existait ordinairement un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité du péritoine. Quelle que fût la cause du météorisme, soit le peu de résistance des parois intestinales continuellement baignées par des liquides, et que l'anatomie pathologique nous a montrées ramollies et comme macérées, soit leur paralysie, par suite de la phlegmasie intense qui avait envahi leur feuillet péritonéal et le tissu cellulaire sous-séreux, ainsi que le pense M. Gendrin, la coïncidence fréquente de ce symptôme avec un épanchement dans le péritoine et avec le début des vomissements lui donnait nécessairement dans tous les cas une certaine gravité.

Quoique toutes les autopsies aient montré qu'il n'existait aucune lésion importante dans les poumons, dont le bord postérieur seul présentait presque toujours de l'engouement, et quoique dans les cas de pleurésie, le liquide épanché dans la cavité pleurale, fût peu abondant, chez le plus grand nombre des malades la respiration a été modifiée de la manière la plus notable. Ordinairemeut vers le deuxième ou troisième jour, et souvent dès le premier, dans la fièvre puerpérale typhoïde, la respiration devenait courte, rapide et s'élevait jusqu'à vingt-cinq, trente, et même quarante inspirations par minute. Alors on aurait pu croire que les femmes devaient éprouver une grande gêne, mais cette rapidité de la respiration, cette sorte de suffocation présentait au contraire cela de particulier qu'à quelques exceptions près et dans des cas ou l'oppression était trop considérable, les malades en avaient peu conscience. Ces troubles pourraient trouver leur cause, durant les premiers jours de la maladie, dans la crainte que les femmes ont instinctivement d'augmenter les douleurs abdominales par des inspirations profondes; plus tard, quand les douleurs ont disparu ou sont tellement obtuses qu'elles ne se réveillent que par une pression assez forte de la main sur l'abdomen, ce serait le météorisme, dont l'action toute mécanique refoule vers la partie supérieure du thorax les organes contenus dans cette cavité. Cependant, comme cette anxiété dans la respiration s'est présentée plus d'une fois alors que les douleurs abdominales existaient à peine et qu'il n'y avait pas de météorisme, il faut bien admettre qu'elle peut aussi n'être qu'un effet sympathique. On ne saurait expliquer différemment un autre symptôme qui n'a été observé que chez deux malades, je veux parler d'une aphonie presque complète. Dans ces deux cas, l'autopsie faite avec le plus grand soin ne présenta aucune lésion qui pût rendre compte de cette abolition de la voix.

Lochies. — Sécrétion laiteuse. La suppression du flux lochial et de la sécrétion laiteuse que la plupart des auteurs ont placées parmi les causes de la fièvre puerpérale, ne peut plus être regardée aujourd'hui que comme le résultat d'un trouble général et un symptôme auquel il ne faut pas même attacher une trop grande importance. A une certaine époque on la regardait comme un accident très-grave, soit qu'on se fondât sur l'observation des faits, soit que l'on crût *a priori* qu'une quantité aussi considérable de liquides destinés à être expulsés ne pouvait impunément rester dans l'économie; mais ces craintes étaient au moins exagérées. Plus d'une fois j'ai vu les lochies et le gonflement des seins commencer, se trouver interrompus dans leur marche, puis revenir encore sans que les diverses modifications de ces deux phénomènes physiologiques eussent une influence remarquable sur le développement de la maladie. Ce que je dis ici est surtout applicable au flux lochial. Dans plusieurs cas où la cessation des lochies avait été le premier symptôme de l'invasion de la fièvre et où elles avaient été rétablies au moyen de sangsues et d'un cataplasme chaud appliqué sur la vulve, leur réapparition ne fut suivie d'aucun changement favorable.

Les lochies se supprimaient ordinairement avec le frisson, et tantôt cette suppression persistait, tantôt elle cessait d'elle-même dans la période de chaud, ou les jours suivants. Il n'y avait dans leur retour rien de fixe et qui pût servir le pronostic; cependant quand après avoir disparu toute la durée de la maladie, elles venaient à reparaître, on pouvait les regarder comme la confirmation d'une convalescence qui était annoncée déjà par un amendement notable dans tous les symptômes. L'interruption du flux lochial qui avait été signalée comme un accident presque constant, manqua le plus souvent dans l'épidémie qui régna à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1782; c'est aussi ce qui a été observé en 1838 à l'hôpital des Cliniques. Mais du reste, cette dernière épidémie a présenté presque toutes les modifications que peut éprouver cette fonction. Ainsi tantôt une fois arrêtées les lochies ne reparaissaient plus, tantôt elles revenaient, comme je l'ai dit, à l'époque de la convalescence, ou bien après quelques jours, quelques heures même d'interruption; dans la plupart des cas,

sans cesser complétement, elles diminuaient seulement de quantité, et dans quelques cas plus rares, elles devenaient au contraire plus abondantes.

Une modification des lochies, plus importante que les divers accidents que je viens de noter, était leur mauvaise odeur. Que leur altération fût le produit d'un état morbide tout à fait local, ou bien qu'elle fût le résultat d'une infection purulente générale ; dans ce dernier cas encore, l'effet pouvait devenir une cause puissante, et il fallait par des injections fréquentes portées jusque dans l'utérus, entraîner les matières putréfiées et empêcher leur absorption. Cette odeur infecte des lochies n'appartenait guère qu'à la forme typhoïde de la fièvre puerpérale, et en cela c'était toujours un symptôme fâcheux. Mais je n'ai pas besoin de dire que lorsqu'il se présentait seul sans l'ensemble des autres symptômes qui ont été décrits, tout en exigeant quelques précautions, il ne suffisait pas pour inspirer des craintes sérieuses.

La sécrétion laiteuse devait toujours être surveillée avec le plus grand soin, car souvent c'était à l'époque de son développement qu'apparaissaient les premiers symptômes de la maladie. Dans quelques cas où, quarante-huit heures environ après l'accouchement, une femme présentait de la céphalalgie, de légers frissons, un mouvement fébrile assez intense en même temps qu'un peu de douleur dans la région hypogastrique, il était impossible de dire si on aurait affaire à la fièvre de lait ou à la fièvre puerpérale. Ce n'étaient point là les symptômes les plus ordinaires de la sécrétion laiteuse, mais on pouvait supposer avec raison qu'ils étaient modifiés par l'influence épidémique. Et en effet il arrivait souvent que les seins se gonflassent sans qu'il se présentât d'autres accidents; mais quelquefois, au milieu de ces premiers symptômes, survenait un frisson violent, et bientôt la fièvre puerpérale n'était plus douteuse. On eût dit qu'il y avait eu pendant quelques instants lutte entre la maladie et le phénomène physiologique de la sécrétion laiteuse.

Alors même que cette sécrétion s'était établie, il ne fallait pas regarder les malades comme hors de tout danger ; on devait cependant considérer l'accomplissement normal de cette fonction comme un des symptômes les plus favorables. Je pourrais répéter ici ce que j'ai dit des lochies, c'est que le gonflement des seins, survenant vers la fin de la maladie en même temps qu'une amélioration de l'état général, était un signe presque certain d'une prochaine convalescence.

Céphalalgie, trouble de l'intelligence. — Les symptômes fournis par l'examen des fonctions encéphaliques se bornaient à de la céphalalgie, et quelquefois à un léger trouble de l'intelligence. Le premier de ces accidents appartenait plutôt au début de la maladie, l'autre à sa terminaison. Dans la fièvre puerpérale inflammatoire, la céphalalgie succédait presque immédiatement au frisson; le plus souvent frontale elle était très-intense, mais elle cédait assez facilement à l'emploi des émissions sanguines et des purgatifs. Dans la forme typhoïde, elle survenait moins rapidement, était moins forte, mais générale et plus tenace. Elle se prolongeait quelque fois, malgré tous les moyens employés, pendant une grande partie de la maladie. C'était alors, et presque toujours, dans cette dernière forme que commençaient à se manifester quelques troubles du côté de l'intelligence, un délire tranquille, souvent continué pendant la nuit ; il était rare que cette altération de l'intelligence fut poussée assez loin pour que les malades ne reconnussent pas les personnes qui les soignaient. Ordinairement, si on leur adressait la parole, au milieu de leur rêvasseries, elles répondaient avec justesse. Une fois l'attention éveillée et fixée, on eût dit que la volonté redevenait maîtresse du mécanisme intellectuel que, l'instant d'avant, elle laissait aller au hasard : ces cas étaient assez rares. C'était au contraire un des caractères les plus marqués de la fièvre puerpérale, que cette intégrité de l'esprit que les femmes gardaient dans toutes les périodes de leur mal et jusqu'à leur dernier moment. Au milieu de la perversion et de la destruction générale des fonctions, l'intelligence seule subsistait intacte pour ne cesser qu'avec la vie.

VOILLEMIER.

(La suite au prochain numéro.)

II. Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance (1).

Anatomie pathologique.—On rencontre chez les enfants morts de fièvre typhoïde toutes les lésions anatomiques qui ont été signalées chez l'adulte. Il en est qui sont constantes et forment le caractère spécial de l'affection; il en est d'autres qui peuvent manquer, bien que les symptômes de la maladie aient été tranchés. Je vais étudier successivement les altérations que présentaient les divers organes, dans les vingt cas dont j'ai fait, ou vu faire l'autopsie. Le vingt et unième de ceux qui ont succombé n'a pu être ouvert.

Centres nerveux. — Le cerveau a été examiné seize fois, et on n'y a jamais trouvé une lésion considérable, qui pût expliquer le délire et les autres désordres des fonctions cérébrales. Une fois il est noté un peu mou généralement, une fois un peu mou et injecté, une fois un peu mou et œdémateux, deux fois beaucoup plus ferme que dans l'état normal, six fois un peu injecté seulement ; dans les autres cas, il ne présentait aucune lésion. J'ai cherché en vain les ulcérations superficielles du cerveau que M. Piedagnel a souvent rencontrées, et qu'il compare à celles du canal intestinal.

Méninges. — A part un seul cas où nous avons trouvé des adhérences fort limitées des

(1) V. les nos de novembre et décembre 1839.

deux feuillets de l'arachnoïde, au niveau des glandes de Pacchioni, les méninges ont été constamment libres d'adhérences, transparentes, sans aucune trace de granulations, de fausses membranes, de suppuration, d'épaississement, de friabilité ; la sérosité qui les lubrifie, non plus que celle des ventricules cérébraux, n'a jamais été ni trop abondante, ni louche. On a remarqué dans tous les cas une coloration rougeâtre des méninges à la partie postérieure de la tête ; elle était le résultat d'une infiltration sanguine, due à l'action de la pesanteur, et bien différente de la rougeur inflammatoire. Les vaisseaux méningés et les sinus de la dure-mère ont toujours été distendus par du sang liquide noirâtre ; dans huit cas seulement, on y a trouvé des caillots fibrineux.

La moelle épinière n'a jamais été examinée.

Voies digestives. — Pharynx. — Dans trois cas de fièvre typhoïde compliquée de rougeole, j'ai trouvé un gonflement avec rougeur et ramollissement de la muqueuse du pharynx ; elle était en même temps tapissée par une exsudation pultacée abondante. Une fois, j'ai rencontré une ulcération spontanée située à la base de l'épiglotte, une fois des ulcérations consécutives à des pustules varioliques, une fois des fausses membranes après un croup. Dans tous les autres cas, le pharynx n'a offert aucune altération.

OEsophage. — Chez deux sujets, l'épithelium de la muqueuse s'enlevait par lambeaux, avec une grande facilité ; chez deux autres, les follicules étaient nombreux et développés ; je n'y ai jamais vu d'autres lésions.

Estomac. — Dans trois cas seulement il a présenté une injection fine, pointillée: encore était-elle peu marquée. Dans tous les autres, la muqueuse était pâle, à peine arborisée ; sur un sujet qui a succombé après une indigestion, j'ai trouvé des vergetures fort nombreuses au grand cul-de-sac. La tunique interne a été une fois amincie, trois fois épaissie ; dans les autres cas, d'une épaisseur normale, trois fois mamelonnée, six fois un peu molle, dix fois parfaitement saine, trois fois ulcérée ; dans deux de ces derniers cas, dont l'un a offert des cicatrices évidentes, complètes et imcomplètes, les ulcères ne pouvaient être attribués qu'à la maladie ; dans l'autre, elles étaient dues à l'action du tartre stibié, donné à haute dose pour combattre une complication de pneumonie.

Duodénum. — Il a toujours offert le même aspect : coloration brunâtre ou verdâtre, follicules abondants et volumineux ; une fois, ces follicules étaient distendus par un liquide jaunâtre. La muqueuse a toujours été d'une épaisseur, d'une consistance normales, jamais ulcérée ; les matières bilieuses s'y sont montrées constamment en grande quantité.

L'intestin grêle a été toujours trouvé rempli de matières jaunes ou verdâtres liquides: cinq fois il contenait des ascarides lombricoïdes. La muqueuse n'a jamais présenté la teinte rougeâtre de l'infiltration sanguine, même dans un cas compliqué d'hémorrhagie intestinale ; il est vrai que plusieurs jours avant la mort, les selles ne contenaient plus de sang ; dix fois elle a été parfaitement saine, deux fois d'un gris ardoisé, deux fois pâle et ramollie, deux fois on a trouvé des tubercules sous-muqueux, quatre fois une entérite partielle plus prononcée, à la terminaison de l'iléum, caractérisée par la rougeur, la mollesse, l'épaisissement de la membrane interne ; elle n'a jamais présenté d'amincissement ni d'ulcération ; je parle ici de la muqueuse seulement, et non des follicules, soit isolés, soit agminées.

Plaques de Peyer. — Dans tous les cas, nous avons trouvé les plaques de Peyer altérées à des degrés différents, et toujours d'autant plus profondément qu'on se rapprochait davantage de la valvule iléo-cœcale. Elles étaient en général nombreuses, saillantes à la surface de la muqueuse, leurs diamètres longitudinal et transversal agrandis, elles ont dans plusieurs cas présenté une longueur de plus de deux pouces, une largeur de plus de dix lignes. Dans douze cas, elles ont offert une coloration rouge, intense, une dilatation considérable des petites glandes qui les composent, et de leurs orifices, et en même temps un ramollissement marqué. Dans un cas, elles étaient un peu excoriées (mort au quinzième jour) ; dans un deuxième, il n'y avait pas de solution de continuité (mort au neuvième) ; dans dix-sept, elles étaient ulcérées : les ulcérations étaient tantôt isolées, tantôt réunies par deux ou trois sur une seule plaque, ordinairement arrondies, taillées à pic ; d'autant plus considérables qu'on les examinait plus près de la valvule. Leur largeur a été fort variable, chez quelques sujets, elles étaient à peine assez grandes pour admettre un grain de chènevis ; chez d'autres, elles avaient atteint la largeur d'une pièce de cinq et même de dix sous. Leur profondeur a également offert de nombreuses variétés : les unes étaient bornées à la membrane muqueuse, les autres avaient détruit la tunique celluleuse, d'autres n'étaient limitées que par la péritoine épaissi et doublé, du côté de sa face intestinale, par une petite production albumineuse, bien différente des escarres. Dans deux cas enfin, la tunique séreuse avait elle-même subi l'altération, et était perforée d'une ouverture très-petite, figurée en entonnoir, qui avait donné lieu à l'introduction, dans la cavité péritonéale, des gaz et des matières liquides contenus dans l'intestin grêle ; les valvules intestinales dans ces cas se continuent jusqu'à la fin de l'intestin grêle. Dans trois cas seulement, j'ai trouvé le fond des ul-

cères doublé par une production jaunâtre, dure, criant sous le scalpel (plaques dures de M. Louis), qu'on pouvait prendre pour une escarre ou pour une exsudation pseudo-membraneuse; dans deux cas, elles existaient sur les plaques et les follicules isolés, sans qu'il y eût en même temps d'ulcérations. Dans dix cas, j'ai vu ces ulcères en voie de cicatrisation chez des sujets qui avaient succombé du dix-huitième au trentième jour; la forme était plus arrondie, mais ovalaire, les bords peu volumineux, inclinés vers le centre de l'ulcère, pâles, assez fermes, le fond saillant, hérissé de bourgeons charnus. Dans un cas, la cicatrisation était complète, et la trace des ulcères grisâtre, lisse, et couverte de rides divergentes; dans un cas elle était partielle, et formée par un point médian, de chaque côté duquel restait un petit arc ulcéré. Le plus souvent, la guérison des ulcères nous a paru procéder de la partie supérieure de l'intestin grêle, vers l'inférieure; dans un seul cas, quelques plaques du bout inférieur étaient cicatrisées, quand il en restait encore d'ulcérées au bout supérieur.

Pendant que je rédigeais ce mémoire, j'ai eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'un enfant qui, guéri depuis trois mois d'une fièvre typhoïde compliquée de pneumonie, était rentré à l'hôpital avec des signes probables de tubercules pulmonaires, et une coqueluche intense; dans les derniers jours de sa vie, il fut pris de tous les symptômes qui caractérisent une méningite tuberculeuse, et on trouva à l'autopsie des granulations dans les méninges, les poumons, la muqueuse intestinale, la rate, des tubercules crus dans les ganglions bronchiques et mésentériques, le sommet du poumon droit. Je cherchai avec attention les traces des lésions intestinales antérieures, et je trouvai les plaques de l'iléum saillantes, pâles, avec des orifices agrandis; celles de la valvule iléo-cœcale confluentes, inégales, frangées, sans dépression très-marquée; mais à un pied environ de la terminaison de l'intestin grêle, j'ai pu voir un point déprimé, dans lequel la muqueuse était plus mince, transparente, plus adhérente, et sous laquelle les fibres musculaires manquaient entièrement, tandis qu'on les voyait reparaître dans tous les sens au niveau de la dépression.

Follicules de Brunner. — Dans sept cas, les follicules isolés étaient parfaitement sains, à peine visibles; dans douze cas, confluents et distendus par un liquide peu épais; dans six cas, ulcérés en plus ou moins grand nombre. Une fois ces ulcères étaient en voie de cicatrisation, une fois ils présentaient l'exsudation membraneuse, une fois, celle-ci existait sans qu'il y eût d'ulcération. Dans tous les cas où on a trouvé les follicules de Brunner ulcérés, cette altération ne les atteignait pas tous à la fois; un grand nombre étaient seulement distendus, remplis de liquide, avec un orifice dilaté, mais sans perte de substance.

Gros intestin. — Il contenait dans tous les cas des matières stercorales liquides, jaunes ou brunâtres; dans deux cas, des tricocéphales. La muqueuse a été trouvée saine douze fois; une fois elle a présenté une pâleur excessive, une fois une teinte ardoisée, une fois une minceur considérable, une fois un ramollissement marqué, trois fois une colite fort intense avec rougeur, ramollissement, épaississement de la muqueuse.

Les follicules, dans un cas, étaient confluents et volumineux, dans deux cas ulcérés, dans tous les autres à peine apparents et peu nombreux.

Ganglions mésentériques. — Dans tous les cas, excepté deux, même ceux où la cicatrisation des ulcères était assez avancée les ganglions mésentériques étaient très-volumineux, mous, et colorés en rouge brun, ou noirâtres; dans un cas il y avait du pus à leur centre, dans sept cas ils ont présenté des tubercules crétacés, demi-transparents, crus ou ramollis.

Péritoine. — Dans un cas on a trouvé des adhérences anciennes partielles; dans les deux cas suivis de perforation, des fausses membranes, des adhérences et du pus; une fois des granulations tuberculeuses sans trace d'inflammation autour; chez les quinze autres sujets il n'a offert aucune altération.

Le foie a été une fois un peu ramolli généralement, une fois plus volumineux que dans l'état normal, une fois ecchymosé, deux fois pâle et un peu mou; trois fois il a présenté des tubercules crus ou crétacés, dans les autres cas on l'a trouvé parfaitement sain.

Bile. — Dans tous les cas, la vésicule biliaire était remplie d'un liquide clair et presque incolore.

Rate. — Dans deux cas la rate était peu volumineuse, ferme, de couleur normale; dans tous les autres cas elle avait augmenté de volume, la coloration était plus foncée, la consistance diminuée; elle avait dans un cas une longueur de plus de cinq pouces, étendue au moins double de celle qu'elle devait avoir à l'état de santé. Une fois elle ressemblait à un caillot volumineux; deux fois elle contenait des foyers apoplectiques; une fois elle présentait la double coloration que M. Tessier assigne à la fièvre purulente, comme une lésion anatomique constante. Il y avait eu résorption purulente dans ce cas. Trois fois j'y ai trouvé des tubercules crus ou demi-transparents.

Organes génito-urinaires. — A part deux cas où on a trouvé des tubercules (une fois) de la gravelle (une fois) dans l'uretère, nous n'avons jamais rencontré de lésion dans les reins, la vessie et les organes génitaux.

Poitrine. — On a trouvé quatre fois de la rougeur dans le larynx, cinq fois dans la trachée; dans aucun cas on n'a vu ni

épaississement, ni ramollissement de la muqueuse; dans un cas, j'ai rencontré une ulcération spontanée dans le larynx ; dans un deuxième cas, le larynx et la trachée étaient criblés d'ulcérations consécutives au développement de pustules varioliques. Dans un cas où le sujet avait succombé à un croup, le larynx, la trachée étaient remplis de fausses membranes.

Bronches. — Elles ont présenté dix-sept fois une coloration rouge; dans deux de ces cas seulement, la muqueuse était ramollie et épaissie. Je ne parle pas ici des dilatations bronchiques déterminées par des maladies antérieures : elles n'ont évidemment aucun rapport avec la fièvre typhoïde.

Poumons. — Jamais les poumons n'ont été à l'état sain comme on l'a vu quelquefois pour le larynx et la trachée. Trois fois ils ont offert seulement un engouement peu considérable à leur moitié postérieure. Une fois cet engouement était général ; neuf fois j'y ai trouvé une hépatisation lobaire, trois fois une pneumonie lobulaire, quatre fois un mélange d'hépatisation lobaire et lobulaire, cinq fois des tubercules crus ou demi-transparents ; deux fois des ecchymoses sous la plèvre, trois fois une apoplexie pulmonaire étendue; une fois des abcès métastatiques, une fois une gangrène du poumon.

Plèvres. — Dans quatre cas elles contenaient des fausses membranes récentes, et un épanchement séro-sanguinolent ; dans neuf cas, des adhérences celluleuses anciennes; dans un cas la membrane séreuse participait à la gangrène du poumon; chez tous les autres sujets elle ne présentait aucune lésion.

Ganglions bronchiques. — Dans quinze cas je les ai trouvés gros, colorés, ramollis; dans sept cas ils contenaient des tubercules crus ou crétacés; chez cinq sujets, ils étaient parfaitement sains.

Péricarde. — Dans un cas on y a trouvé un épanchement récent, et des fausses membranes albumineuses, dans les dix-neuf autres, il n'a rien présenté d'anormal.

Cœur. — Dans deux cas il a paru plus gros qu'à l'état ordinaire ; une fois le ventricule gauche est resté longtemps après la mort fortement contracté sur un caillot peu volumineux. Jamais il n'a été ramolli, jamais l'endocarde n'a présenté aucune trace d'inflammation.

Sang du cœur. — Dans neuf cas on a trouvé quelques caillots fibrineux, dans les autres le sang était demi-liquide noirâtre, jamais il n'a paru poisseux. La coloration communiquée aux parois du cœur et des artères, n'a jamais persisté après des lavages réitérés.

Pronostic. — Si nous retranchons des cas de mort, ceux où la terminaison funeste a été le résultat d'une complication à laquelle on ne pouvait ni s'attendre, ni parer, croup, rougeole, gangrène des poumons, variole, résorption purulente, il en reste assez, treize sur cent vingt et un, pour nous autoriser à dire que la fièvre typhoïde, bien que moins dangereuse pour les enfants que pour les adultes, a cependant encore chez les premiers un certain degré de gravité. Ils peuvent, comme nous l'avons vu, succomber à l'intensité des symptômes pulmonaires, abdominaux ou cérébraux, à l'abondante suppuration qui suit la chute des escarres, aux maladies intercurrentes qui viennent les surprendre affaiblis, aux affections tuberculeuses dont la fièvre typhoïde a hâté le développement ou la marche, à la perforation intestinale qui survient inopinément pendant la convalescence des cas graves, ou dans des cas en apparence très-légers. Aussi doit-on toujours être fort réservé en portant le pronostic, et se rappeler que les lésions anatomiques ne sont presque jamais en rapport avec les phénomènes généraux. Toutefois, il ne faut jamais désespérer, car dans aucune autre maladie les enfants ne sortent d'un état aussi grave pour revenir aussi promptement à la santé. Le pronostic devra être modifié suivant l'âge, la constitution du sujet, la forme de la maladie, sa durée antérieure, l'absence ou la présence des maladies concomitantes, le traitement employé et ses effets appréciables.

La fièvre typhoïde la moins grave est celle qui survient chez un enfant très-jeune, bien constitué, placé dans de bonnes conditions hygiéniques; celle qui affecte la forme abdominale, qui ne s'accompagne d'aucune autre maladie, qui a été attaquée dès son début par des moyens simples, et qui n'a pas été combattue par des évacuations sanguines abondantes. Il est des signes d'après lesquels on pourra porter un pronostic favorable. On aura lieu d'espérer, si le malade à des érections ; si un écoulement purulent a lieu par les oreilles ; si les sudamina se montrent pour la première fois après les douze ou quinze premiers jours de la maladie; si la peau, dont la température est élevée en raison de la fièvre, conserve ou prend un peu de moiteur ; si le pouls, quelque fréquent qu'il soit, ne perd ni de sa force ni de sa régularité ; si la maladie, bien que grave en apparence, marche régulièrement, sans rémissions momentanées.

Traitement. — Pour être conséquent avec moi-même, je dois employer la méthode numérique pour rechercher le mode de traitement qu'on doit préférer dans la fièvre typhoïde; mais je ne le fais, je l'avoue, en cette occasion, qu'avec une grande répugnance. Il ne faut, je crois, accorder de confiance à ce moyen d'appréciation que quand on peut l'appliquer sur une grande échelle, et je ne me trouve pas dans une position favorable pour le faire. Je n'ai pas un nombre égal, à beaucoup près, de faits semblables, de malades placés dans les mêmes conditions, et traités par des méthodes différentes. Si j'établissais

comme il convient en pareil cas, des divisions relatives au sexe, à l'âge, à la constitution des enfants, à la forme de la maladie, l'époque à laquelle on a commencé le traitement, chacune de ces catégories contiendrait un nombre trop faible de sujets, pour avoir quelque valeur. Je donnerai cependant les résultats obtenus de ces additions partielles, pour que les recherches semblables faites par mes collègues puissent, ajoutées à celles que j'ai faites, donner un chiffre important. Je dirai ensuite, et avec une entière conviction, l'impression que l'examen des faits a laissée dans mon esprit.

On a mis en usage la méthode purgative, la méthode expectante, les évacuations sanguines seules ou associées aux purgatifs, les toniques, les opiacés, les antimoniaux, les révulsifs, les émollients. Un certain nombre d'enfants (dix-huit), avaient déjà été traités en ville ; onze avaient été saignés, par des applications de sangsues à l'abdomen, à l'anus ou plus souvent derrière les oreilles ; deux avaient eu des évacuations sanguines et des purgatifs ; trois des purgatifs seuls, un des vermifuges seuls, un autre des vermifuges et des applications de sangsues.

Traitement à l'hôpital.—Quatre-vingt-neuf sujets ont été traités par les purgatifs au début et pendant le cours de la maladie. On y a joint dans quelques cas, comme je le préciserai tout à l'heure, des vomitifs, des antimoniaux, des toniques, des calmants. Vingt-trois ont eu à la fois des purgatifs et des évacuations sanguines.

Sept ont été traités par des saignées locales et générales.

Chez deux seulement on a employé un traitement expectant.

Je vais maintenant donner la proportion de la mortalité observée après chaque traitement; mais on ne devra pas attacher une trop grande importance à ces chiffres. On pourrait en tirer des conclusions fausses, si on ne tenait compte du nombre très-inégal des faits recueillis dans ces conditions différentes, et des complications nombreuses qui sont venues enlever des sujets déjà convalescents ou guéris.

Huit enfants ont succombé à une autre maladie après la guérison ou dans la convalescence de la dothiénentérie. Les treize autres cas de mort sont ainsi répartis pour les différents modes de traitement :

Expectant 0, saignés 2.
Purgés 7, saignés et purgés 4.

Evacuation sanguine.—Dans les cas où nous avons vu employer les évacuations sanguines à l'hôpital, et ceux où on en avait fait usage en ville avant l'admission des malades, nous avons pu remarquer que jamais elles n'avaient eu une influence heureuse, soit immédiatement, soit à distance, sur l'intensité de la fièvre, du délire, sur la diarrhée, les douleurs de tête et du ventre, sur l'état de la langue, sur l'engouement de la poitrine. Elles nous ont semblé affaiblir beaucoup les malades, rendre leur affection plus longue, et outre qu'elles aggravaient ainsi les accidents propres à la fièvre typhoïde, elles exposaient les sujets, en prolongeant leur séjour dans les salles, à contracter des maladies auxquelles leur faiblesse ne leur permettait pas de résister. On a observé plus d'escarres à la suite de ce traitement. Une seule fois on a employé des saignées générales. Une jeune fille fut soumise deux fois à des saignées abondantes, à des applications de sangsues en grand nombre ; son état s'aggrava néanmoins, et ne s'améliora qu'après l'emploi des purgatifs. Chez les autres, on s'est borné à des applications de sangsues au flanc droit, à l'anus, aux apophyses mastoïdes, ou à des ventouses scarifiées sur la poitrine et l'abdomen.

Traitement expectant.—Il n'a jamais été employé que dans deux cas, l'un assez grave, l'autre extrêmement léger. Les deux enfants ont guéri. On s'est borné à surveiller la marche de la maladie dont on aurait peut-être abrégé la durée au moyen d'un traitement plus actif. On a fait usage de boissons délayantes, bains simples ou savonneux, cataplasmes, lavements, cataplasmes vinaigrés aux pieds.

Traitement purgatif.—Il a été mis en usage dans la plupart des cas, soit seul, soit uni aux évacuations sanguines, aux vomitifs, aux toniques, etc. Les purgatifs n'ont jamais causé d'accidents, bien qu'on les ait donnés en abondance, et qu'on ait employé quelquefois des drastiques puissans. Une fois, il est vrai, une hémorrhagie intestinale, la seule que nous ayons observée, s'est manifestée pendant leur administration, mais on n'a pas vu là une contre-indication, et l'hémorrhagie a cessé, bien qu'on en continuât l'emploi. Il est donc permis de croire que cette complication aurait pu survenir seule, et qu'il y a eu là seulement coïncidence. Ils n'ont dans aucun cas augmenté la fièvre ni déterminé l'inflammation de l'estomac ou des intestins. Ils ont presque toujours semblé modifier avantageusement et de bonne heure les accidents cérébraux et abdominaux, humecter la langue, amener une convalescence prompte, et les malades purgés ont été atteints d'escarres au sacrum bien moins souvent que ceux qui ont été traités par les émissions sanguines ; mais jamais non plus, il faut le dire, on n'a vu les purgatifs juguler l'affection en quelques jours ; jamais, à part quelques cas extrêmement légers, nous n'avons vu la dothinenterie, durer moins de douze ou quinze jours, quel que fût le traitement employé. On a donné les purgatifs indifféremment dans les cas de diarrhée ou de constipation, à petites doses dans les cas légers, on les multipliait dans les cas graves. Nous avons purgé des malades jusqu'à onze fois. On a prescrit les purgatifs dès le début, pour les continuer jusqu'à la guérison complète, jusqu'à ce que la diarrhée ne reparût pas, même pendant leur emploi. On a donné le plus souvent l'eau de Sedlitz

(8 gros), à dose de deux, trois ou quatre verres par jour, et sans préparation aucune. En général, les enfants la boivent assez bien, elle les purge abondamment, et provoque ordinairement quatre ou cinq selles par jour, quelquefois même dix ou douze. Elle ne cause pas de coliques, rarement des vomissements. Quand son amertume inspirait trop de répugnance aux enfants, on la remplaçait par l'eau magnésienne saturée (bicarbonate de magnésie, huit gros) à dose égale à celle de l'eau de Sedlitz. Cette eau gazeuse est moins désagréable à prendre que la première, et purge suffisamment, donne quelquefois huit ou dix évacuations par jour, le plus souvent deux ou trois. Elle a pourtant un inconvénient, qu'on pourrait, il est vrai, éviter avec un peu de soin. Si le bicarbonate de magnésie est impur et mélangé de sulfate, il y a, au bout d'un certain temps, décomposition des deux sels et de l'eau, et formation d'un hydrosulfure qui donne à la solution une odeur et un goût détestables.

Quand les enfants se refusaient à prendre une boisson saline, ce qui s'observait surtout chez les plus jeunes, on leur donnait un purgatif huileux ainsi formulé :

Eau de guimauve, quatre onces.
Huile d'olive, une demi-once.
Huile de ricin, une ou deux onces.
Sirop, une once.

On leur donnait la potion entière ou la moitié seulement, suivant l'effet produit. Ce médicament purge très-abondamment, et toujours il est pris volontiers.

Deux fois on a donné l'huile de croton tiglium à dose de deux gouttes dans une potion aromatisée, et on n'a pas obtenu d'évacuations nombreuses.

Une fois huit grains de calomel sans effet bien marqué, une fois la potion purgative, au café, (café, sené, de chaque 2 gros). Ce médicament a provoqué des selles abondantes.

On a donné aussi, mais rarement, la manne, la crême de tartre : on les a trouvées infidèles et on doit dans tous les cas les remplacer par une eau-gazeuse saline, ou un purgatif huileux.

Traitement accessoire. — *Vomitifs.* — Dans trois cas où la langue était sale, et les sujets prostrés dès le début, on a fait précéder l'usage des purgatifs par un émétique (ipécacuanha 18 à 24 grains) et la secousse déterminée par les vomissements a tiré les enfants de l'état d'affaissement où ils étaient plongés ; de plus le vomitif a débarrassé la langue de l'enduit limoneux qui la couvrait.

Une fois on a donné sans succès deux grains de tartre stibié dans la période ultime d'une gangrène du poumon survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave.

Sept fois, avec des succès variés, on a prescrit le tartre stibié à haute dose, dans des fièvres typhoïdes compliquées de pneumonie lobaires et lobulaires.

Kermès.—On a donné vingt-six fois le kermès minéral à dose d'un ou deux grains quand il y avait congestion pulmonaire intense; quatre fois on l'a remplacé par l'oxide blanc d'antimoine, ces médicaments ont semblé aider à la résolution du l'engouement.

Toniques ou excitants.—On ne les a jamais employés au début ou dans la période d'accroissement de la fièvre typhoïde. On n'a prescrit de médicaments toniques ou excitants, que quand les symptômes de réaction ayant cessé, les enfants se trouvaient dans un état de faiblesse, qui n'aurait pu se dissiper par les seuls efforts de la nature. On a donné les médicaments suivants : une infusion de racine d'angélique, une solution d'acétate d'ammoniaque à dose de deux gros ou d'une once par jour, le plus souvent une infusion faite à froid de fleurs de camomille, du vin ou du sirop de quinquina, du vin de Bordeaux, de Malaga, du diascordium.

Opiacés.—Rarement on a donné des préparations opiacées. Cinq fois du sirop diacode, deux à quatre gros par jour ; deux fois des pilules d'extrait gommeux, chez des sujets, qui débarrassés des accidents abdominaux, avaient encore une bronchite intense, une insomnie fatigante; dans trois de ces cas l'opium était associé au kermès. Cette modification a eu de très-bons effets. Dans un des cas qui ont été suivis de perforation intestinale, on a donné sans succès l'opium à dose assez élevée, deux grains d'extrait en pilules, lavement laudanisé (trente gouttes), onctions opiacées sur le ventre.

Deux fois on a prescrit la thridace (six à huit grains) sans effet appréciable.

Traitement externe.—On a fait dans tous les cas des applications émollientes, cataplasmes arrosés d'eau de guimauve et de pavot, ou de laudanum. Quand leur poids était insupportable aux malades, on leur substituait des flanelles trempées dans une solution émolliente.

Dans des cas de météorisme considérable, on a fait des onctions avec une infusion de camomille aiguisée de vinaigre, ou avec l'huile de camomille camphrée et opiacée.

On a donné un grand nombre de fois des bains simples ou savonneux ; jamais ils n'ont affaibli les malades. On doit les prescrire dans la période aiguë pour tempérer la chaleur de la peau, et surtout à la fin de la maladie, quand la peau reste sèche ; à cette époque, il convient de les rendre un peu excitants au moyen du savon, du sous-carbonate ou du sulfure de potasse, ou nourrissants au moyen de la gélatine et de l'amidon.

La seule contre-indication qui puisse s'opposer à leur usage, est un engouement considérable des poumons ; encore pourrait-on les prescrire si on était sûr qu'ils fussent donnés avec toutes les précautions convenables. On a sans succès appliqué des compresses froides sur la tête, donné des affusions froides ; elles n'ont pas calmé le délire et la céphalalgie qu'on cherchait à combattre par leur emploi.

Révulsifs.—Ventouses sèches. On a opéré plusieurs fois une révulsion utile par des applications de ventouses sèches aux cuisses et sur les parois de la poitrine et du ventre.

Vésicatoires.—On a appliqué souvent avec succès des vésicatoires à la nuque et aux extrémités inférieures, quand les malades étaient plongés dans une prostration profonde. L'excitation qu'ils ont déterminée a diminué les accidens et facilité la convalescence. Ils ont été moins utiles quand on s'en est servi chez des sujets qui avaient une excitation vive, du délire ; on a remarqué alors plusieurs fois une exaspération notable des symptômes. On les a appliqués plusieurs fois avec succès sur la poitrine pour remédier à des complications de pleurésie ou de pneumonie. Il faut se garder d'entretenir longtemps la suppuration, d'exciter ces exutoires chez les sujets affaiblis ; on s'exposerait à voir ces plaies devenir grisâtres et tendre à la gangrène, ou tout au moins à l'ulcération, comme on le voit si souvent à l'hôpital des Enfants, chez les sujets qui ont été soumis à des évacuations sanguines, abondantes, et à une diète sévère.

Jamais je n'ai vu les vésicatoires, en quelque lieu qu'ils fussent appliqués, produire des érections ou de la dysurie.

Rubéfiants.—Dans la plupart des cas, on a appliqué aux extrémités inférieures des cataplasmes arrosés de vinaigre ou saupoudrés de farine de moutarde. Ces révulsifs conviennent dans le cas où j'ai dit qu'on devait s'abstenir du vésicatoire.

Lavements.—On donnait chaque jour un ou plusieurs lavements d'eau de guimauve, de pavot ou d'amidon ; quand la constipation résistait aux potions purgatives, on prescrivait des lavements purgatifs : manne grasse, 2 onces, miel noir ou miel de mercuriale une once, séné, sulfate de soude une demi-once ou deux gros.

Traitement des escarres des plaies.—Dans les cas où les enfants ont présenté des escarres au sacrum ou aux grands trochanters, on a appliqué sur les plaies un mélange d'eau-de-vie et de blancs d'œufs battus ensemble, et constamment on les a vus se déterger, et tendre rapidement vers la guérison.

Chez d'autres on a appliqué avec succès du sulfate de quinine sur les ulcérations. Ce moyen a été employé également contre les ulcérations survenues aux vésicatoires, mais le mode de pansement que j'ai vu réussir le plus souvent en pareil cas, est celui qui consiste à appliquer de la baudruche sur la portion de peau dénudée.

Tels sont les divers modes de traitement que j'ai vu employer. Les purgatifs m'ont semblé préférables à tous les autres médicaments, et s'il fallait adopter une méthode exclusive, je choisirais sans hésiter la méthode purgative ; mais il vaut mieux modifier le traitement suivant les cas et les indications.

Si le sujet est robuste, s'il a une fièvre vive avec coloration intense de la face, du délire, on pourra essayer d'une saignée générale ou d'une application de sangsues, soit à l'anus, soit à la région iléocécale, mais seulement au début ; plus tard on ne doit le faire que dans les cas où la sensibilité du ventre étant exaltée et limitée au flanc droit pourrait faire craindre une perforation intestinale. Hormis ces cas il faut être réservé sur leur emploi. Les enfants sont rarement vigoureux à l'âge auquel la fièvre typhoïde les atteint de préférence, et ils tombent facilement dans la prostration à la suite des évacuations sanguines.

Si la maladie est légère, on peut la laisser marcher en l'observant avec soin pour parer aux accidents possibles ; il faut toujours entretenir la liberté du ventre, et ne faire aucun effort pour arrêter la diarrhée, elle doit cesser spontanément, sa suppression prématurée peut amener des dangers.

Dans tous les autres cas il faut purger, et purger abondamment, depuis le début jusqu'à la guérison, varier les purgatifs quand les premiers employés ne produisent pas d'effet. La diarrhée n'est pas une contre-indication, à moins qu'elle ne soit excessive, et encore dans des cas semblables, je l'ai vue diminuer par l'emploi des purgatifs en même temps que la nature des selles était modifiée. On doit purger avec persistance s'il y a constipation, météorisme, sécheresse de la langue ; s'il y a imminence de perforation il faut purger en même temps qu'on applique des sangsues ; quand elle est opérée on doit s'en abstenir. Quand la constipation résiste aux laxatifs employés, on donnera des lavements purgatifs avec le séné, le sulfate de soude, le miel de mercuriale.

Si la langue est très-chargée au début, et que le sujet accuse un goût amer dans la bouche, on prescrira avec avantage un vomitif, l'ipécacuanha par exemple, et on purgera ensuite comme dans les autres cas. Ce moyen serait utile pour combattre une prostration extrême survenant au début. Ces moyens actifs ne doivent pas faire négliger les applications émollientes et révulsives généralement usitées, cataplasmes, pédiluves, sinapismes, les lavements simples, les bains tièdes, etc.

Dès qu'on voit dominer la fièvre et les douleurs de ventre, il faut se hâter de tonifier les malades, plus ou moins, suivant le degré d'affaiblissement où ils se trouvent. On leur ordonnera de l'infusion de camomille, du vin, du sirop de quinquina, du vin vieux. Si l'intensité du catarrhe pulmonaire fait concevoir des craintes, on appliquera de larges vésicatoires sur les parties antérieure et latérales de la poitrine ; la crainte de voir survenir des ulcérations ou la gangrène, empêchera de les placer à la partie postérieure. On prescrira en outre le kermès, l'oxide blanc d'antimoine, ou dans les cas extrêmes le tartre stibié à haute dose.

Si les symptômes cérébraux prédominent, on purgera fortement ; si le coma succède au délire et se prolonge d'une manière inquiétante,

on recourra aux vésicatoires appliqués sur les membres inférieurs.

Si la peau reste sèche pendant la convalescence, on lui rendra sa souplesse au moyen de bains savonneux, alcalins, sulfureux, gélatineux, amylacés. Si elle tend à se mortifier aux parties sur lesquelles repose le malade, il faut avoir soin de le changer souvent de position, l'incliner sur les deux côtés, le dos et le ventre alternativement, tenir sa couche propre pour empêcher le contact de la peau déjà enflammée avec les matières irritantes. On pourra avec avantage saupoudrer les parties excoriées de poudre d'amidon ou de lycopode. Quand les escarres seront tombées, on pansera les plaies avec le mélange alcoolique et albumineux que j'ai indiqué, et on soutiendra les forces du sujet au moyen de toniques.

Alimentation.—On doit mettre les enfants à une diète sévère pendant toute la durée de la période grave de la dothinenterie, leur permettre tout au plus un peu de sucre ou quelques cuillerées de lait coupé.

Mais dès que les accidents commencent à diminuer, il faut se hâter de nourrir les malades par des bouillons chargés, des potages féculents. Si on tarde de quelques jours, la fièvre se rallume, entretenue par l'abstinence, et, la cause étant méconnue, les enfants sont en grand danger de périr d'épuisement.

Quand leur appétit est complétement revenu, on doit les surveiller avec soin, leur donner de aliments très-nourrissants, de la viande, mais en petite quantité, pour éviter les indigestions si fréquentes en pareil cas, et les perforations intestinales qui peuvent en être la suite.

Conclusions.—De ce mémoire, nous pouvons rigoureusement conclure :

1° Que la fièvre typhoïde est fréquente chez les enfants;

2° Que les lésions anatomiques qui la caractérisent chez l'adulte sont aussi constantes dans l'enfance, que seulement l'ulcération des plaques de Peyer est plus tardive et la cicatrisation plus prompte;

3° Que les symptômes sont les mêmes, à part une plus grande difficulté pour les reconnaître;

4° Que les escarres se trouvent plus rarement chez l'enfant;

5° Que la durée de la maladie est la même à tous les âges;

6° Que l'affection peut être légère ou grave, qu'elle peut présenter les formes cérébrale, pectorale, abdominale;

7° Qu'on ne peut guère la confondre qu'avec la méningite;

8° Qu'elle est moins grave chez l'enfant que chez l'adulte;

9° Que le traitement par les purgatifs, est celui qui convient le plus ordinairement.

C. Taupin.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Compendium de médecine pratique ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne, par MM. C. Monneret et L. Fleury (9e et 10e liv.).

L'ouvrage dont nous nous occupons aujourd'hui est déjà connu de la plupart de nos lecteurs ; son apparition dans le monde médical a été suivie d'un succès rapide, que pouvaient lui faire espérer la disposition habile de son plan, l'esprit et la conscience de sa rédaction. Nous nous bornerions à annoncer l'apparition des livraisons nouvelles, si la mort malheureuse d'un de ses jeunes auteurs, Louis de la Berge, n'avait amené un changement dans la collaboration. Un instant en effet, on a pu craindre pour l'avenir d'une publication entreprise sur d'aussi larges proportions et penser qu'un nouveau travailleur n'entrerait pas en tout point dans la continuation des idées qui avaient tout d'abord assuré à l'ouvrage une réception favorable. Ces craintes ne sont plus permises aujourd'hui : la neuvième et la dixième livraison, que nous attendions pour nous prononcer, nous permettent de le faire en connaissance de cause, et de rechercher si le compendium s'est maintenu au rang où s'il s'était placé.

Pour élever une bonne doctrine médicale il faut que toutes les questions qui constituent le domaine si étendu de la science soient envisagées sous leurs différents rapports, et par des hommes opposés dans leurs systèmes ; cette œuvre résultant de l'effort simultané de toutes les intelligences constituera seule un système complet définitif. C'était vers ce but que tendaient les efforts des premiers rédacteurs qui s'étaient imposé la tâche d'énumérer les opinions accréditées sur la nature, le siége, le traitement des maladies; de les discuter avec conscience, avec impartialité, en laissant à chacun le langage dont il s'était servi pour sa propre défense ; enfin, de mettre les faits en regard pour que le lecteur puisse les apprécier dans sa pratique. Ce but éminemment historique est devenu de nos jours un besoin, une lacune que s'empressent chaque jour de combler les œuvres vraiment caractéristiques. On a fini par comprendre que la passion des hypothèses, des creuses théories qui si longtemps a bouleversé la science, s'efface de jour en jour devant les saines doctrines de la raison ; que l'esprit de système est une voie dans laquelle vont se fourvoyer les plus beaux génies lorsqu'ils s'y laissent entraîner. Les auteurs du compendium se sont rangés sous la bannière historique, éclectique si l'on veut, et sous ce nom nous ne voulons pas désigner l'absence de toute conviction, mais bien le sage travail de l'intelligence qui reconnaît l'erreur partout où elle se montre, qui recueille, après un long et laborieux examen, ce qu'il y a de bon dans chaque doctrine. Pour rappeler que ce but ne sera jamais oublié, les nouveaux rédacteurs MM. Monneret et

Fleury se placent sous le patronage du père de la médecine, en lui empruntant ces paroles si sages, si profondes, et que n'auraient pas dû méconnaître certains novateurs de nos jours: *De nombreuses et importantes découvertes ont été faites dans le long cours des siècles, et le reste se découvrira, si des hommes capables, instruits des découvertes anciennes les prennent pour point de départ de leurs recherches; mais celui qui rejetant et dédaignant tout le passé, tente d'autres méthodes et d'autres voies, et prétend avoir trouvé quelque chose, celui-ci se trompe ou trompe les autres.*

Un heureux succès est venu couronner les consciencieux efforts des auteurs du compendium; ces médecins ont prouvé ce que peut faire de bien un livre rédigé dans un tel esprit; ils ont l'honneur d'avoir rétabli la littérature médicale sous son véritable point de vue, et ont ainsi réalisé dans un grand tout ce que tous les jeunes travailleurs s'efforçaient inutilement de faire prévaloir dans des monographies étendues. Depuis l'apparition du compendium, on a mieux compris que la bibliographie était nécessaire, indispensable même, non pas comme un vain ornement scolastique, mais comme la seule source de toutes les connaissances solides, de toute expérience; parce qu'en effet de belles et incontestables découvertes ont ajouté aux travaux de nos devanciers, il n'en faut pas moins avouer que beaucoup d'œuvres mal connues, mal appréciées, renferment le germe des plus beaux résultats, quand on n'est pas étonné d'y retrouver le texte de tant d'oracles donnés pour modernes. Continuée avec courage et conviction, cette tendance vers un meilleur esprit a prouvé l'insuffisance d'ouvrages qui, comme les dictionnaires, sont rédigés sans unité de vue, sans contrôle par trente ou quarante écrivains, souvent champions de théories diverses, sinon hostiles; véritable Babel, dans laquelle on parle tous les idiômes scientifiques; ouvrages sans accord, sans esprit de critique, dans lesquels chacun traite un sujet sans le lier avec ceux qui le touchent de plus près, où l'un choisit les formes historiques, tandis que le voisin traite le lot qui lui est échu, ex-professo, quelquefois même sans paraître soupçonner que d'autres observateurs ont déjà bien avant parcouru le champ de la science, et décrit souvent mieux qu'il ne le fait la maladie dont il s'occupe. Cette unité, cette liaison scientifique que nous appelons de tous nos vœux se fait encore sentir dans les dernières livraisons qui nous occupent; peut-être même l'œuvre s'est-elle perfectionnée; en grandissant, l'esprit d'analyse, la patience des recherches ont fait de nouveaux progrès.

La première moitié du troisième et nouveau volume, contient un grand nombre d'articles du plus haut intérêt, nous citerons *delirium*: à ce mot les auteurs ont donné une appréciation aussi complète que le permet l'état actuel de la science sur ce point; ils l'ont enrichi du résultat des travaux étrangers qui se sont multipliés dans ces dernières années. L'article diabète est une longue et consciencieuse monographie; sous ce nom, MM. Monneret et Fleury ont voulu décrire la phthysurie sucrée, comme individualité morbide, laissant de côté des affections essentiellement différentes, et indépendantes les unes des autres que quelques auteurs, à l'exemple de MM. Andral et Bouillaud, avaient réunis. Au mot de diarrhée, complété plus tard à dysenterie, ils ont établi avec lucidité les diagnostics de ces affections intestinales qui, sous les noms de flux, de colites, ont donné naissance à tant de discussions relatives à leur siége, à leur nature, à leur diagnostic, à leur traitement; encore souvent la grande question de contagion est-elle venue compliquer cette étude; on sait combien de discussions se sont élevées à propos de la présence des ulcérations intestinales des dysenteries, les uns les niant entièrement, les autres les admettant dans tous les cas; quelques-uns ne les ayant observées que parfois seulement. MM. Monneret et Fleury ont mis sous les yeux de leurs lecteurs toutes les pièces d'un procès si ancien et si important. Sur ce point nous leur sommes redevables d'une appréciation exacte des travaux tout récents des médecins élevés à l'école anatomique, seuls juges compétents dans un si long débat, MM. Gely, Thomas, Quentin, Leclerc, etc. Cette discussion sera lue avec avidité. Viennent ensuite les articles *dentition, douleur, dyspnée, emphysème*. Nous sortirions des bornes réservées à cette analyse, si nous voulions nous attacher à faire apercevoir tous les points nouveaux qui y ont été traités. Les maladies de la peau sont largement représentées par les mots *échyma, eczema éléphantiasis*, etc., étudiés sous un point de vue essentiellement pratique; en un mot les neuvième et dixième livraisons ne le cèdent en rien à celles qui les ont précédées; les ouvrages étrangers ont été examinés avec soin; les auteurs formés par un travail habituel ont pu ajouter aux qualités de leur mode d'appréciation, et se livrer à une discussion plus approfondie et plus nettement formulée. Suivant les principales cliniques des hôpitaux, ils ont puisé dans les leçons des maîtres des aperçus nouveaux, des opinions inédites; les généralités de la pathologie, jusqu'alors négligées, ont été l'objet d'un soin spécial: ainsi les articles *endémie, empoisonnement* ont été composés sous un point de vue tout à fait neuf et ici, comme ailleurs, ce qui, de l'aveu d'un critique, est fort rare en *pareille matière*, les faits cliniques ont servi de base à tous les raisonnements des auteurs: en effet, c'est au lit des malades qu'on a dû être affligé de l'insuffisance de tous les travaux de ce genre. Lorsqu'au sujet se rattache des considérations générales ou spéciales, les auteurs les ont indiquées avec soin dans des avant-propos placés en tête de l'article, et l'on verra aux mots *encéphalite*, *empoisonnement*, le soin qu'ils ont accordé à ces importants développements. Grâce à cette méthode, le compen-

dium n'a plus aucun des inconvénients que l'on peut reprocher aux ouvrages dans lesquels les matières sont disposées par ordre alphabétique.

La thérapeutique a été aussi l'objet de la préoccupation de MM. Monneret et Fleury; praticiens tous deux, ils ont compris qu'il était important de formuler des règles pour guider le médecin au milieu des incertitudes qui l'environnent. Leur ouvrage ne présente plus cette longue énumération de remèdes que l'on trouve partout, mais bien une exposition méthodique, raisonnée, complète, des principes qui doivent faire la base d'un traitement rationnel, un classement exact des médicaments, une appréciation clinique des résultats.

Parlerons-nous de la bibliographie? Pénétrés de cette maxime de notre philosophe Montaigne : *qu'il n'est si mauvaise rapsodie dans laquelle un bon esprit ne puisse trouver quelque chose d'utile;* les auteurs du compendium ont poursuivi leurs investigations avec une religieuse persévérance; presque en tout point l'analyse des travaux nouveaux en fait foi, Mais ce n'était pas assez d'indiquer les sources, il fallait éviter au lecteur des recherches inutiles; aussi un jugement concis accompagne-t-il l'indication des ouvrages qui, par leurs qualités, doivent fixer l'attention.

La bibliographie du compendium est moins un catalogue qu'une indication raisonnée, savante des meilleures sources scientifiques. Une place distinguée dans la science est acquise à MM. Monneret et Fleury; nous ne pouvons que leur souhaiter d'avoir le courage de continuer avec le même soin une tâche aussi belle et aussi étendue, en se conformant toujours aux principes qu'ils ont exposés dans la remarquable profession de foi qu'ils ont placée en tête de la neuvième livraison ; l'approbation et la reconnaissance des sincères amis de la science ne leur manqueront pas.

Mémoire sur les rétrécissements organiques du canal de l'urètre et sur l'emploi de nouveaux instruments de scarification, par le D. Martial Dupierris, médecin à la Nouvelle-Orléans.

L'auteur déclare qu'il ne se propose pas de donner une histoire complète et dogmatique des coarctations urétrales. Il ne veut qu'exposer quelques faits qui se sont passés sous ses yeux, et les avantages qu'il a tirés d'un procédé spécial de scarification. Ici cependant, comme dans toute monographie, si petite qu'elle soit, on trouve quelques considérations préliminaires sur l'anatomie, la physiologie de l'urètre, etc., considérations sur lesquelles nous passerons, empruntées qu'elles sont pour la plupart aux travaux de M. Civiale.

M. Dupierris rapporte à *l'inflammation* la plus grande partie des rétrécissements organiques de l'urètre; il trouve du rapprochement entre leur mode de formation, et la terminaison d'un bubon simple par induration ; il signale aussi pour cause l'influence de la phlegmasie simple de la muqueuse, qui, lorsqu'elle est portée à un haut degré d'intensité, détermine la sécrétion d'une matière plastique disposée par couches, et s'organisant en fausses membranes. Le spasme de l'urètre peut, suivant M. Arnolt, s'il continue longtemps, amener ces inflammations, d'où l'indication de ne pas trop s'obstiner à le vaincre. Il fait remarquer, en passant, que l'emploi du caustique, est un des moyens les plus propres à rendre dur et calleux le tissu des coarctations.

Ce qu'il dit de l'anatomie pathologique est extrait du dernier ouvrage de M. Civiale; il ne cite, de sa propre observation, qu'un cas de varices du canal de l'urètre. L'empreinte obtenue était aplatie et très-lisse; la scarification produisit une hémorrhagie considérable, et épouvanta tellement le malade, qu'il n'osa plus continuer son traitement.

Dans les moyens à employer pour arriver au diagnostic, l'auteur appuie particulièrement sur l'examen de l'urètre à sa surface externe. Lorsque la sonde est introduite, en promenant le pouce et l'indicateur le long de l'urètre, on sent souvent une dureté plus ou moins étendue; mais ce signe devient de plus en plus facile à obtenir à mesure qu'on s'éloigne de la portion prostatique. Quant à l'exploration interne, au moyen du porte-empreinte, il ne croit pas à la possibilité de diagnostiquer le nombre des coarctations lorsqu'elles sont multiples. Il n'y aurait, d'ailleurs aucun avantage, puisque l'auteur pose en principe qu'on ne peut et qu'on ne doit traiter qu'un rétrécissement à la fois.

La dilatation est le mode de traitement auquel le malade répugne le moins; mais l'auteur est convaincu qu'elle n'a jamais donné de succès réels ni durables. Selon lui, la pression n'efface jamais la coarctation. Le docteur Arnolt, partisan célèbre de la dilatation, avoue que la cure n'est pas permanente dans la majorité des cas; pour ce qui est de la méthode de Mayor, il se contente de dire qu'elle est à peu près abandonnée, si même l'on a pu dire jamais qu'elle avait été adoptée.

M. Dupierris n'approuve pas beaucoup plus la cautérisation que la dilatation. Beaucoup de médecins paraissent craindre des désorganisations de la part du nitrate d'argent; mais nous lui reprocherons plutôt avec l'auteur un défaut d'action; si on prolonge la cautérisation, elle devient, selon lui, douloureuse et dangereuse; elle peut produire l'induration des points rétrécis en particulier, et de la muqueuse urétrale en général, la formation de fausses routes, la production d'une hémorrhagie, etc.

Reste donc la scarification; c'est la méthode dont l'auteur se fait l'apôtre. Les scarifications, dit-il, agissent à la manière des fondants et des irritants, et il croit pouvoir leur attribuer les paroles que M. Lisfranc appliquait aux ulcères, savoir : qu'il se produit sur

leur surface une exsudation plastique, qui procède de la circonférence au centre, et alors la coarctation guérit, sans tirailler les parties voisines.

M. Dupierris passe ensuite en revue les instruments scarificateurs de MM. Amussat, Stagfford et Ricord, auxquels il trouve des défauts. A leur place, il en propose de nouveaux, dont il donne la description et la représentation. Il est presque impossible de s'en former une idée, sans voir la planche, ou plutôt les instruments eux-mêmes, qui se trouvent chez M. Charrière. Avant de se servir de sa méthode, l'auteur veut qu'on combatte l'inflammation du canal, car c'est là ce qu'il voit le plus dans un rétrécissement; il faut donc employer les antiphlogistiques, puis les injections avec une dissolution de nitrate d'argent fondu, celles avec les extraits d'opium ou de belladone fortement étendus. Une condition essentielle, c'est d'accoutumer d'abord le canal au contact des sondes d'un petit diamètre, qu'on accroît insensiblement, jusqu'à lui donner des dimensions capables de remplir exactement le canal; de cette manière, on le prépare à l'introduction du coarctatôme.

Une fois les incisions achevées, on laisse écouler le sang au quel elles donnent lieu, et on introduit une bougie en plomb ou en étain n° 5; tous les deux jours, on substitue une sonde plus forte que celle que l'on retire, jusqu'à ce que l'on soit arrivé au n° 10. S'il existe d'autres rétrécissements, on peut le plus souvent, dès le quatrième jour après l'opération, traiter le rétrécissement placé immédiatement derrière le premier. Le traitement se termine par quelques injections émollientes, répétées deux fois le jour, au moins deux fois de suite. Un point important à signaler, c'est le peu de douleur dont l'opération est accompagnée. Dans les simples rétrécissements, traités par l'auteur, il suffisait de huit jours au plus, et d'une ou deux scarifications répétées deux fois; si, enfin, en introduisant le porte-empreinte, on trouvait qu'il reste quelque inégalité dans l'urètre, dans le point scarifié, il serait alors nécessaire de cautériser les bourgeons charnus. On l'emploie alors comme s'il s'agissait d'amener la résolution des végétations cellulo-vasculaires d'une plaie extérieure.

L'auteur dit ensuite, en forme d'appendice, quelques mots d'une méthode à la quelle il a eu recours d'abord, en quelque sorte, par nécessité, et qui lui semble devoir fournir plus tard d'assez bons résultats. Se trouvant en 1827 dans l'île de Puerto-Rico, qui a fort peu de relations avec la France, et privé d'instrument convenable, il fut consulté par un homme atteint d'un rétrécissement de nature traumatique, qui se traduisait au dehors par une nodosité très-saillante à la partie inférieure de l'urètre. Il engagea le malade à serrer entre ses doigts, et en différents sens, cette petite tumeur, trois ou quatre fois le jour, en attendant qu'il eût reçu d'Europe les instruments convenables. Le malade se conforma très-exactement à cette prescription; dès le 16 juin, il y avait beaucoup de diminution dans l'induration; dans le courant de juillet, il y avait guérison complète. Il est à remarquer que le rétrécissement n'avait été combattu par aucun autre moyen.

Il cite une seconde observation d'un médecin atteint lui-même d'un rétrécissement de l'urètre, et tellement désespéré du peu de réussite de la dilatation qu'il voulait passer en Europe pour se faire cautériser. L'auteur lui conseilla d'essayer la mallaxation, et afin qu'elle agît plus directement, il fit introduire une sonde. En peu de mois la guérison fut complète.

Ce même médecin conseilla de son côté la mallaxation à un de ses malades pour le même cas; celui-ci lui écrivit plus tard qu'il était entièrement guéri.

Depuis cette époque, ajoute l'auteur, j'ai négligé, peut-être à tort, cette méthode; la certitude que j'ai de guérir les rétrécissements par des moyens plus expéditifs m'a fait oublier la mallaxation. Il est cependant des cas où elle pourrait recevoir son application.

JOUNAUX ANGLAIS.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Nouvelles considérations sur la pathologie de la variole, ayant pour résultat de conduire à un nouveau traitement, par Robert Stéphens.

L'auteur voit dans les symptômes précurseurs un état fébrile dont le but est de préparer les tissus superficiels au développement de l'éruption. L'intensité de l'action inflammatoire est plus ou moins grande suivant les individus, mais elle est en général plus violente chez les sujets délicats. Lorsque dès le début de la maladie surviennent des symptômes typhoïdes mortels, ils sont dus, d'après M. Stephens, à l'épuisement du système nerveux et de la vitalité, épuisement qu'il attribue à la brutalité du travail inflammatoire. Plus souvent le terme fatal a lieu dans la période de suppuration, et c'est encore à l'excès de l'irritation que l'auteur l'attribue. De ce raisonnement il conclut qu'en s'opposant énergiquement dès le début à l'excès de l'excitabilité, on n'aura qu'une éruption fort modérée, et d'ailleurs on aura prévenu l'épuisement prématuré du système nerveux.

On conçoit à quelles terribles conséquences pourraient mener des indications prises dans une pareille théorie. L'auteur rejette cependant fort heureusement la saignée; mais il emploie l'émétique. Il croit par ce moyen modérer la circulation cutanée, retarder l'apparition de l'éruption et pendant ce précieux délai opérer fort efficacement la décomposition du virus au moyen du calomel et des pilules bleues.

JOURNAL DE DUBLIN.

Observations sur diverses affections, par M. Robert-James Graves, D. M.

Névralgie du larynx.—Le sujet de cette observation est une femme d'une forte constitution, mais sujette à des irrégularités dans la menstruation et à des attaques d'hystérie. Elle éprouvait au larynx des douleurs presque continuelles, mais peu violentes, sauf dans les exacerbations. Ces douleurs furent traitées sans succès par les purgatifs, les sangsues, les vésicatoires, les antimoniaux et enfin par le mercure jusqu'à saturation. Dans les paroxismes, elle éprouvait dans tout le larynx un sentiment d'angoisse très-pénibles avec affaiblissement dans le son de la voix; du reste pas de douleur à l'extérieur et l'arrière-bouche paraissait saine, MM. Marsh et Graves, considérèrent le cas comme une affection nerveuse hystérique.

Ils donnèrent d'abord du carbonate de fer, qui eut pour effet de rendre les attaques périodiques. Le paroxysme revenait tous les matins à dix heures très-précises (*to the minute*). Ils y ajoutèrent du sulfate de quinine et enfin de l'arsenic, mais sans autre amélioration notable qu'une légère diminution dans l'intensité et dans la durée des douleurs. Ils cessèrent alors les traitements actifs, recommandèrent la campagne et les eaux minérales chalibées. La malade a continué à souffrir, mais moins qu'auparavant et depuis un an l'auteur l'a perdue de vue. Ce qui le frappe dans ce cas, c'est l'effet qu'a produit le carbonate de fer, en rendant périodique une affection tout à fait irrégulière. Il ne se fait pas illusion à lui-même en mettant ce résultat sur le carbonate de fer; il pense que dans l'état moral où se trouvait la malade tout autre médicament eût pu déterminer cet effet. Il est fâcheux qu'il ne nous dise pas si cette périodicité des paroxysmes a duré longtemps.

Névralgie du testicule.—L'auteur en a observé deux cas pendant l'année 1838. Le premier avait lieu chez un jeune homme très-irritable qui avait commis des excès d'étude et de débauche. Les paroxysmes revenaient tous les jours, séparés par des intervalles qui devinrent de plus en plus courts, au point qu'il ne put plus prendre un seul instant de repos. Pas de fièvre, ni la moindre apparence de congestion ou d'inflammation des testicules; les accès étaient tellement violents que le malade se roulait par terre, le corps couvert d'une sueur froide. Le mal céda à de fortes doses de carbonate de fer récemment préparé et à des frictions de belladone sur le testicule et sur le cordon. Le second cas de névralgie testiculaire était de nature goutteuse. Les douleurs assez intenses, mais bien moins cependant que dans le cas précédent, revenaient tous les jours vers quatre heures du soir, et duraient plusieurs heures. Elles devenaient néanmoins si violentes par moment, que le malade en poussait des cris aigus. Cette névralgie fut remplacée, au bout de quelques jours, par une douleur goutteuse fort pénible dans les lombes et dans l'hypochondre droit. Cette seconde névralgie céda au traitement local ordinaire et à l'usage interne du colchique.

L'auteur fait observer qu'une des causes les plus ordinaires de la névralgie du testicule est la continence absolue après les excès vénériens. Il cite à ce sujet le cas d'un homme de forte constitution et à passions vives, qui, étant devenu veuf, eut pendant dix-huit mois une névralgie testiculaire. Lorsque les douleurs étaient atroces, il se trouvait singulièrement soulagé de l'introduction d'une grosse sonde dans la vessie; la névralgie disparut lorsqu'il se remaria. M. Graves a aussi observé cette affection à la fin des gonorrhées. La goutte y prédispose également beaucoup. Le traitement doit varier suivant les causes; mais la belladone employée localement est un excellent auxiliaire dans tous les cas.

De la goutte et des sinapismes.—M. Graves cite des cas où il a vu les meilleurs effets provenir d'une attaque subite de goutte dans les affections internes sur-aiguës. Ces effets sont trop connus, même parmi le peuple, pour qu'il soit besoin de les rapporter ici. Nous ne donnerons que les réflexions de l'auteur au sujet des sinapismes. Plus leur action est lente, dit-il, plus ils produisent de bons résultats; c'est surtout pour provoquer un accès de goutte qu'on doit prolonger leur action, afin qu'elle gagne les tissus le plus profonds. A cet effet, il recommande de mêler une partie de poudre de moutarde fraîchement moulue avec trois parties de fleur de farine et d'y ajouter assez de mélasse pour en faire une pâte visqueuse qu'on étendra sur du linge comme un emplâtre. On devra le laisser appliqué sur la partie, de quatre à six heures; alors la rougeur durera un jour entier.

Sur l'administration du mercure à petites doses, par le Dr Law.

Ce médecin a fait des expériences qui doivent intéresser les partisans de la salivation; elles tendent en effet à prouver que celle-ci peut être provoquée par des doses très-exiguës de mercure, pourvu qu'elles soient administrées avec certaines précautions. L'auteur a fait mêler un grain de calomel avec une quantité suffisante d'extrait de gentiane pour faire douze pilules. Il en administrait une par heure. Dans certains cas la salivation venait au bout de vingt-quatre pilules, ou deux grains, et rarement il a fallu aller jusqu'à quatre grains pour la déterminer; en général il en fallait trente-six. Il a donné des pilules bleues de la même manière; six grains produisaient l'effet désiré. Il est inutile de citer toutes les observations de l'auteur; nous en rapporterons cependant une qui offre quelque singularité.

Depuis longtemps l'auteur désirait trouver un cas d'iritis pour éprouver sa méthode; il se présenta enfin un malade affecté de dou-

leurs syphilitiques et d'un iritis dans l'œil droit. La conjonctive était modérément injectée, la cornée plus proéminente qu'à l'état normal, et la pupille était irrégulière; calomel un 12e de grain. A la seconde visite, l'œil était tout à fait clair et la pupille très-régulière. Comme les douleurs ostéocopes continuaient encore, l'auteur voulut pousser les doses jusqu'à salivation; il fut bien surpris de ne l'obtenir qu'à la cent soixante-dixième pilule, ce qui répondait à quatorze grains de calomel. Cette exception allait contrarier vivement ses conclusions, sans la découverte qu'il fit que le malade, charmé de l'effet des douze premières pilules, crut d'après les simples lumières de son propre bon sens, obtenir un effet plus rapide et plus sûr de quatre pilules par heure que d'une seule.

Ce fait ne peut avoir que peu d'importance en lui-même; toutefois il faut observer que l'auteur condamne les malades auxquels il fait prendre le mercure, à rester dans le lit et à ne prendre que très-peu d'aliments. En acceptant les faits de M. Law, on conçoit que ces conditions favorisent singulièrement l'action du mercure, jointes qu'elles sont à une administration *coup sur coup* du médicament.

THE EDIMBURG MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Anévrisme par anastomose chez un enfant de dix mois traité avec succès au moyen de la suture entortillée, par J. Maclachlan.

En mai 1835, le professeur Lallemand de Montpellier a publié dans les *Archives générales de Médecine* l'histoire de trois cas de tumeurs érectiles qu'il a traitées avec un succès complet par l'incision et la suture entortillée. L'une de ces tumeurs fut traversée par cent vingt épingles. Depuis, dans un mémoire intitulé : *Recherches et observations cliniques sur les tumeurs érectiles* (*Revue Médicale*, août 1838); M. A. E. Bouchacourt a rapporté un cas dans lequel une tumeur érectile de la grosseur de deux poings, située à la joue gauche d'un paysan de dix-huit ans, et de plus entourée et traversée par de grosses veines, fut traitée de la même manière. On appliqua cinquante-quatre aiguilles en deux fois; la guérison fut complète. Ce genre d'opérations n'a été que peu pratiqué en Angleterre; voici la première observation de ce genre qui ait été publiée; elle offre de l'intérêt sous le double rapport des difficultés qu'elle offrait et du succès qui l'a couronnée.

Chez un enfant jumeau, du sexe féminin, on observa, quinze jours après la naissance, sur la tempe droite, une petite tache rouge de l'étendue d'une tête d'épingle; cette tache s'étendit graduellement en superficie et s'éleva au-dessus de la surface de la peau. L'enfant fut présenté au chirurgien au bout de cinq mois, et alors la tumeur s'élevait à la hauteur de plus d'un pouce au-dessus de la peau. Elle s'était ulcérée derrière l'oreille et elle fournissait du pus en abondance. Jusqu'au 2 avril suivant, c'est-à-dire pendant les cinq autres mois, elle resta à peu près stationnaire, fournissant seulement par moments des suintements de sang artériel.

Le 2 avril 1838, la tumeur présentait les caractères suivants : elle paraissait de nature artérielle; quelques veines gonflées l'entouraient et la traversaient; mais elle paraissait plus spécialement consister dans le développement en étendue des branches des artères temporale superficielle et auriculaire postérieure; elle s'étendait depuis la racine de l'arcade zygomatique jusque près de la fontanelle antérieure, mesurant à peu près trois pouces de longueur; elle avait la couleur d'une fraise avec quelques teintes bleuâtres çà et là. Elle était en outre entourée de quelques autres petits nœvi. La constitution de l'enfant était du reste excellente : comme la mère répugnait beaucoup à une opération, on avait tenté, mais sans effet, la compression, l'application de la glace et des astringents. Enfin, lorsqu'on eut obtenu son consentement, on convint dans une consultation de tenter la suture entortillée. Le 2 avril 1838, on commença par introduire quatre aiguilles; l'application de la suture fut immédiatement suivie d'une diminution très-notable de la partie supérieure de la tumeur; une demi-heure après, l'enfant s'endormit.

Le 4 avril, état général très-satisfaisant.

Le 5 avril, on est obligé de retirer l'aiguille placée derrière l'oreille, à cause de la suppuration; mais on en introduit d'ailleurs quatre autres à la partie antérieure.

Le 7, on retire deux des premières aiguilles; application d'une faible solution de sulfate de zinc sur les excoriations, santé générale excellente.

Le 11, on retire le reste des aiguilles; il sort un peu de sang noir par places, et même aussi un peu de sang artériel. Il reste plusieurs ulcérations qui fournissent une petite quantité d'ichor.

En moins de trois semaines, à dater de cette époque, les ulcérations guérirent sous l'influence de légères applications styptiques. La tumeur disparut graduellement, laissant à sa place un tissu ferme, fibreux, de couleur blanchâtre, ressemblant assez à une brûlure superficielle. Six mois après, la peau avait à peu près sa couleur normale; il restait seulement quelques petits points rouges au devant et en arrière de l'oreille, le reste de l'ancienne surface s'était couvert de cheveux.

Cette opération contraste avec celles qui ont été citées précédemment par le petit nombre des aiguilles qui ont été employées, et qui cependant ont suffi pour amener l'oblitération de la tumeur. L'auteur n'en a employé un si petit nombre que parce qu'il voyait la nature travailler dans son sens en multipliant les ulcérations.

Il faut remarquer aussi l'absence complète de réaction générale. On peut donc résumer

ainsi les avantages de la suture entortillée, dans les anévrismes par anastomose : simplicité d'exécution, peu de douleur, peu ou point de troubles généraux, peu de difformité, peu de risque d'hémorrhagie. M. Lallemand dit même que toute crainte d'hémorrhagie est sans fondement. En effet, l'aiguille remplit la plaie qu'elle a faite, l'inflammation change bientôt la nature des surfaces divisées, et l'hémorrhagie devient impossible.

JOURNAUX ALLEMANDS.

RUST'SMAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Existence d'un serpent dans l'estomac, par le D. Mandt, de St-Pétersbourg.

Pour ôter tout prétexte à l'incrédulité, l'auteur annonce que l'observation a été prise par quatre médecins, qui ont donné leurs soins au malade depuis les premiers accidents jusqu'à la terminaison. Enfin, pour la conviction, M. Mandt y a ajouté des gravures représentant le dessin de l'animal. Nous allons donc donner un extrait de cette observation, qui est plus détaillée qu'aucune de celles du même genre.

Abraham Isajeff, paysan de trente-six ans, assez robuste, s'endort sous un arbre au milieu du jour le 27 juillet 1838; il est soudainement éveillé par une sensation de froid intense se propageant de la bouche et le long de l'œsophage; il porte la main à l'épigastre et y perçoit, dit-il, des mouvements en même temps qu'un froid glacial et une pesanteur énorme. Il soupçonne alors qu'une vipère lui est entrée dans le corps, et s'effraie tellement, qu'il ne peut retrouver le chemin de sa maison et qu'on est obligé de l'y conduire. On lui fait prendre une infusion de feuilles de tabac, qui diminue la sensation de froid et arrête les mouvements. Le lendemain, les mouvements, le froid, la pesanteur recommencent dans une plus grande étendue; nouvelle dose de tabac, qui produit trois vomissements et arrête encore les mouvements. Vers les neuf heures, le malade but de l'eau-de-vie qui n'amena aucun changement. Vers midi, il éprouva de violents mouvements de tournoiement, et après avoir mangé du hareng il se mit en voiture pour aller consulter le docteur Selle, qui crut qu'il délirait. Un autre médecin, qui était présent, crut à tous les maux possibles, excepté à celui qu'accusait le patient.

Le docteur Selle alors palpa l'épigastre de différentes manières, et crut en effet sentir comme les bonds d'un animal. A l'aide du stéthoscope, il entendit des bruits de frottement, du gargouillement et du râle ; il n'y avait point de fièvre. Le médecin, sans croire à la présence réelle d'un serpent, soupçonna qu'il pouvait s'être introduit dans l'estomac de ce malheureux un autre reptile de moindre dimension. Il prescrivit un purgatif composé de séné et de sulfate de magnésie, qui ne provoqua que des selles abondantes et ne fit cesser que les mouvements.

Le patient prit du lait et des harengs.

Le 29, même accident dès le matin : huile de ricin; un peu d'amélioration sur le soir, insomnie.

Le 30, la même chose; un grain de tartre stibié est administré avec quatre grains d'ipécacuanha ; vomissements à la suite desquels le malade croit que les mouvements sont descendus un peu plus bas. M. Selle reconnaît leur existence : deux gros d'huile de térébenthine avec un jaune d'œuf et quatre onces d'eau; vers le soir, convulsions apoplectiformes,

Le 31, le malade dit qu'il sentait le serpent encore plus bas qu'auparavant, avec la même sensation de froid ; vers midi les mouvements revinrent. L'auteur de cette observation vit alors le malade pour la première fois ; il administra l'huile de ricin. Le soir le patient, ne sentant plus l'animal se mouvoir, pensa qu'il était mort, il mangea un peu et recommença à dormir.

Le 1er août, plus de mouvements, mais toujours des sensations de pesanteur et de froid, plus intenses même qu'auparavant. Un autre médecin, M. Hassing vit le malade; ils prescrivirent six grains de calomel et un scrupule de jalap. Le malade fut violemment purgé, mais ne rendit rien du serpent.

Le 2 août, il ne restait plus que de la pesanteur; même prescription, lavement d'infusion de valériane. Le même traitement fut continué les jours suivants sans effets marqués; mais le malade était plus calme.

Le 10, entre quatre et cinq heures du matin, il eut trois évacuations alvines ; à la seconde, il rendit la queue du reptile, et la troisième le débarassa du reste du cadavre de son hôte, dont on fut encore obligé de favoriser la sortie par des tractions douces. Il ne manquait à l'animal que le côté gauche de la mâchoire et un petit morceau vers la queue. Il avait un pied de long, toutes les articulations étaient disloquées; ce reptile était de l'espèce *vipera berus* : sa morsure n'est pas aussi venimeuse que celle de la vipère commune, mais elle n'est pas exempte de dangers.

MONATSCHRIFT FUR MEDECIN AUGEN-HEILKUNDE UND CHIRURGIE.

Moyen pour rappeler la transpiration des pieds supprimée, par le D. Ruete, de Gœttingue.

Le malade, avant de se coucher, mettra à ses pieds des bas qu'il aura saupoudrés d'une cuillerée à café de sel ammoniaque et de deux cuillerées de chaux vive. Il suffit, dans les cas les plus ordinaires, d'employer ce moyen

pendant plusieurs nuits : s'il ne suffisait pas, on le continuerait aussi le jour. Il se forme de l'hydrochlorate de chaux, et l'ammoniaque mise en liberté agit sous forme de vapeur. Ce moyen, dit l'auteur, convient surtout aux goutteux et aux rhumatisants, qui ne peuvent pas toujours supporter de pédiluves.

Le même auteur donne une observation curieuse de *formation de poils dans la chambre postérieure de l'œil.*

Le sujet est un ferblantier qui, en battant du fer rouge au feu, en reçut une parcelle dans l'œil, qui offre actuellement cette singulière anomalie. Il ressentit depuis ce moment des douleurs atroces, qui ont cessé avec la perte complète de la vue. A l'époque où il consulta M. Ruete, il percevait encore la sensation d'une vive lumière; la cornée était saine, sauf une cicatrice très-légère; le bord pupillaire adhérait avec la capsule lenticulaire dans presque toute son étendue; celle-ci était déchirée, obscurcie. Derrière la pupille immobile, paraissaient quatre poils de différente longueur qui prenaient naissance sur la face antérieure de la capsule, et un autre poil beaucoup plus long perforant l'iris et s'étendant au devant de celle-ci, jusque dans la chambre antérieure.

Dix-huit mois après, l'œil était dans le même état, les poils avaient très-peu grandi; l'autre œil était parfaitement sain. L'auteur s'offre de faire voir ce malade à tous ses confrères de l'étranger qui passeraient par Gœttingue.

Microphthalmie, absence des nerfs olfactifs, division du corps vitré, par le D. Arnold, de Zurich.

Ces anomalies se voient dans le musée de Zurich, chez un enfant du sexe féminin, à terme, qui est mort cinq jours après l'accouchement. Il présente à l'observation six doigts à la main gauche et six orteils au pied droit, un double bec-de-lièvre, une cloison palatine incomplète; les yeux sont plus petits qu'à l'état normal, surtout le droit; front étroit, os frontaux soudés, nerfs olfactifs absents des deux côtés, nerf optique filiforme à droite, seulement un peu aminci à gauche; pas d'artère calleuse. Les deux hémisphères cérébraux se confondent en avant; le globe de l'œil du côté droit n'a que trois lignes de diamètre antéro-postérieur et ne se compose que de la sclérotique, de la choroïde et du corps vitré; l'œil gauche est à peu près complétement développé.

JOURNAUX ITALIENS.

MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Nouveau moyen de réduction de la luxation scapulo-humérale, etc., par Paul Baroni.

Le sieur Gaëtan Brizzi, professeur du musée musical de Bologne, eut, à la suite du versement d'une voiture dans laquelle il était, une fracture au tiers supérieur de l'humérus gauche compliquée de luxation scapulo-humérale du même côté; visité trois heures après l'accident, on trouva le bras tellement enflé et douloureux qu'il fut nécessaire, avant d'entreprendre aucun moyen de réduction, de dompter l'inflammation qui s'était déjà manifestée. Cependant le professeur Baroni réfléchissait si, contre l'opinion des plus habiles chirurgiens et la pratique habituelle, il n'aurait pas été possible de réduire la luxation avant la consolidation de la fracture, afin d'éviter l'inconvénient de la rendre irréductible en attendant la formation du cal. Encouragé par la facilité avec laquelle il avait déjà réduit sur un jeune homme robuste une luxation de l'humérus par le moyen proposé par M. Astley Cooper, consistant à placer son genou dans l'aisselle en se servant du bras comme d'un levier du premier genre, il résolut d'appliquer la même méthode sur le malade en question, après la cessation des symptômes inflammatoires. Dans le même temps, par une extension modérée, on réduisit la fracture dont la contention eut lieu au moyen de deux gouttières en carton superposées que l'on plaça à la face postérieure du bras. Le seizième jour, le professeur Baroni essaya de réduire la luxation en plaçant le genou dans l'aisselle, ayant probablement rendu artificiellement l'humérus assez solide, pour qu'il pût remplir, comme dans l'état sain, le rôle de levier du premier genre. Afin d'affaiblir, autant que possible, la contraction musculaire, il fit prendre au malade, d'après l'opinion de Cooper, des petites doses de tartre stibié pour provoquer des nausées : on entoura le bras d'attelles étendues du cubitus jusqu'au-dessus des deux tiers de l'humérus, et à sa partie antérieure on attacha une éclisse formée de deux pièces formant par leur union un angle légèrement obtus, afin d'empêcher les mouvements de l'avant-bras sur le bras. Le malade, assis sur une chaise, présentait les chances les plus favorables pour le succès de la tentative de réduction, ayant été épuisé de presque toute son énergie musculaire par la diète, les saignées et le tartre stibié. Le chirurgien placé devant le malade posa son pied droit sur la chaise de celui-ci, de manière que son genou correspondait exactement à l'aisselle sur laquelle on devait agir. Un aide exerçait la contre-extension sur le fragment supérieur de l'humérus qui n'était pas couvert par le bandage, en même temps qu'un autre assujétissait le tronc du malade : alors le professeur appliqua son genou dans l'aisselle du patient, et élevant un peu le bras, il le fit d'abord monter en haut en l'appuyant sur son genou, de manière que le bras représentait un levier du premier genre dont la puissance était au cubitus et le point d'appui au genou. Appuyant ensuite sur le cubitus de manière à l'écarter du tronc, il parvint à déplacer la tête

de l'humérus. La résistance ayant été vaincue tout à coup, on entendit le bruit que provoque la rentrée d'un os dans sa cavité, et l'un des assistants crut que la luxation avait été réduite; mais la région ayant été examinée, on vit que l'humérus avait abandonné la place qu'il occupait sous le grand pectoral, et s'était porté vers le bord de la cavité glénoïde sans être entré dans celle-ci. Le professeur ayant remis son genou sous l'aisselle, élèva le bras jusqu'à la direction horizontale : l'abaissant ensuite avec une force graduée, il ne lui fut pas difficile, en portant en dehors la tête de l'humérus, de la placer vis-à-vis la cavité articulaire, où elle entra dès qu'on abandonna le bras à lui-même. Le malade replacé dans son lit et le bandage enlevé, on vit que les fragments de la fracture ne s'étaient nullement déplacés; aucun symptôme d'inflammation ne suivit la réduction, et la santé du malade devenant de jour en jour meilleure, il fut permis en peu de temps au sieur Brizzi de faire usage du membre qui avait été atteint d'une lésion aussi grave. Cette judicieuse pratique doit avoir des imitateurs, et elle en aura, lorsqu'on réfléchira aux avantages qu'elle procure et au peu d'inconvénients que l'on a à craindre.

De l'usage du musc et de la gomme ammoniaque dans la tympanite.

Depuis l'année 1835, le docteur Santoli publiait quelques faits tendant à prouver l'efficacité du musc et de la gomme ammoniaque dans les tympanites. De nouvelles observations l'ont conduit, dit-il, à connaître jusqu'à quel point on peut guérir la tympanite. Ayant eu occasion de guérir trois femmes atteintes de cette affection, il se borne à donner l'histoire de celle qui lui a paru la plus *singulière*.

L'individu affecté était une femme de quarante ans environ, d'un tempérament bilieux et sanguin, dont l'abdomen s'était enflé depuis plus d'une année, et la tension accrue progressivement : les urines étaient devenues plus rares, et le gonflement du ventre accompagné de celui des pieds et des membres inférieurs. Quelques médecins, croyant avoir affaire à une ascite, avaient prescrit le calomel, la scille, la digitale, le nitre, etc., etc.; mais ces remèdes, ainsi que ceux qui furent administrés par la suite, ne firent qu'accroître le mal. On pratiqua enfin la paracenthèse, qui, au lieu de sérosité, comme on s'y attendait, ne donna issue qu'à de l'air. Le volume du ventre diminua tout à coup : il s'écoula quelques gouttes d'un liquide aqueux; le gonflement des extrémités ne diminuait pas. Quelques jours après, le ventre reprit son cours et sa tension première; il était très-élevé à l'ombilic, et un peu resserré aux régions hypochondriaques. La peau de tout le corps était légèrement rouge-jaunâtre, les extrémités inférieures assez tuméfiées; l'impression produite par la pression des doigts, quoique profonde et durable, se relevait cependant plus facilement que dans quelques œdèmes. Il y avait encore aux extrémités inférieures, au visage et au tronc d'autres tuméfactions œdémateuses qui n'étaient pas constantes, ni toujours fixées à la même place que celles des extrémités.

Le pouls était délié et anormal (irrité), la constipation insurmontable, la sécrétion de l'urine presque nulle; après l'emploi de la digitale et du nitre, forces musculaires languissantes, inappétence, digestion très-difficile : parmi les principales causes de la maladie, on comptait deux avortements, la leuchorrhée qui y avait succédé, et un engorgement (obstruction) permanent de la rate, produit par une cause traumatique.

La circonstance très-notable qui, à la suite de la paracenthèse, avait donné lieu à la sortie de l'air au lieu de sérosité, avait tiré la docteur Santoti de toute incertitude, relativement au diagnostic de la maladie. On peut regarder comme très-rare le fait qui, aux preuves conjecturales sur lesquelles s'appuie presque toujours la médecine, ajoute des circonstances positives, propres à l'éclairer et à faire connaître l'essence de la maladie.

Dans cette occasion, le médecin a pu joindre à la certitude morale qui est presque le seul guide qui nous dirige dans le diagnostic, la certitude physique qui à cause de cela fait occuper à l'histoire que nous relatons une place dans la série de ce petit nombre de circonstances bien avérées auxquelles nous voudrions qu'en médecine on donnât le nom de faits.

Le docteur Santoli croyait avec raison, que la tympanite se compliquait d'hydropisie, comme l'atteste la description des phénomènes morbides, et principalement ceux qui appartiennent aux extrémités inférieures et supérieures, mais il pensait que l'hydropisie était consécutive à la tympanite, c'est-à-dire que la première était un effet de la deuxième.

C'est pourquoi ses efforts se dirigèrent uniquement vers la guérison de la tympanite; et quoique la maladie présentât l'apparence d'être trop avancée pour tenter l'emploi du musc et de la gomme ammoniaque, il se décida pourtant à ne pas abandonner un moyen curatif qu'il avait trouvé bien des fois très-efficace, espérant que l'augmentation de la dose du médicament en comparaison de celle qu'il employait ordinairement contre ces mêmes maladies aurait conduit le traitement à un heureux résultat.

En conséquence il prescrivit six grains de musc et douze de gomme ammoniaque, pour en faire trois pilules, dont une devait être prise le matin, la seconde à midi, et la troisième à trois heures de l'après-midi. Il défendit à la malade l'usage de la diète lactée, et lui accorda la nourriture qu'elle désirait.

Ce régime curatif fut continué pendant quinze jours après lesquels la femme était presque guérie, puisqu'il n'existait plus de gonflement œdémateux aux extrémités, ni

ailleurs ; la sécrétion de l'urine était devenue naturelle, les excrétions intestinales devenaient normales, la digestion était facile, la force musculaire revenait, la couleur jaunâtre de la peau avait disparu, et la malade avait repris une certaine vivacité de santé.

Dès le premier jour que la malade fit usage des pilules, le ventre devint obéissant, les urines abondantes, l'appétit et la digestion prirent de la force : il parut ensuite une sueur épaisse et visqueuse, surtout aux cuisses et à l'abdomen ; la rate était encore tuméfiée d'une manière notable, mais pas trop dure. On persévéra dans cette médication, et aux mêmes doses de musc et de gomme ammoniaque, on ajouta les fleurs de sel ammoniaque martial (hydrochlorate d'ammoniaque). Cette médication fut continuée pendant douze autres jours, après les quels la rate même avait diminué de volume, et la malade se croyait complétement guérie.

Cependant l'approche de l'hiver, rendant fondée la crainte d'une récidive, on lui ordonna de continuer l'usage du musc, de la gomme ammoniaque et des fleurs de sel ammoniac martial ; mais la patiente discontinuant les remèdes, et négligeant le régime diététique s'exposa aux causes rhumatismales ; elle vit, vers la fin de janvier 1837, son ventre se tuméfier, l'appétit diminuer; les évacuations alvines et la sécrétion urinaire se firent mal, enfin les symptômes de sa première maladie reparurent.

Elle eut recours au docteur Santoli qui lui ordonna de nouveau le musc, la gomme ammoniaque, et les fleurs de sel ammoniac martial, augmentant peu à peu la dose du musc jusqu'à neuf grains, et celle de la gomme ammoniaque à quinze.

Ce moyen curatif fit disparaître la maladie avec la même rapidité que la première fois; il ne fut pas nécessaire dans la suite d'employer un autre traitement, de manière que la femme recouvra sa première santé, dont elle jouit actuellement.

De l'histoire de cette maladie, le docteur Santoli déduit quelques conséquences : que la tympanite peut être guérie, lors même qu'elle a donné lieu à l'hydropisie ; que l'ascite ne provient pas toujours de la tympanite, et que l'on ne peut pas conclure que l'ascite est associée à la tympanite, parce que l'on voit œdémateuses les extrémités supérieures et inférieures, et des infiltrations séreuses dans plusieurs régions du corps.

Essai théorique pratique sur les maladies secondaires des fièvres intermittentes miasmatiques, par M. Barbarotta.

Les fièvres intermittentes miasmatiques ou pernicieuses sévissent principalement en automne dans les pays chauds et marécageux, à cause de l'ardeur du soleil et des brouillards du soir. A en juger par l'ordre des symptômes, les miasmes portent leur premier coup sur le système nerveux et agissent ensuite sur le système veineux, « leurs effets ne se font pas longtemps attendre, » dit le médecin de l'hôpital civil d'Alger, « nous avons vu plusieurs personnes atteintes de fièvres intermittentes pernicieuses, immédiatement après leur retour d'une course d'un ou deux jours dans une partie marécageuse de la plaine.» Nous ne décrirons pas les symptômes, il suffit de les avoir lus ou vus une fois pour s'en souvenir, tant ils sont frappants, nous dirons seulement que l'accès quelconque, pour lequel le médecin est appelé, peut avoir une issue funeste, abandonné à lui-même. Cette considération nous oblige à donner sans délai le quinquina, pour peu que nous craignions que le présent accès ne soit mortel, et à son déclin, lorsque nous savons qu'elle est sub-intrante. Telle était la pratique de *Torti*, sur laquelle nous réglons la nôtre. Nous avons donné entre autres, une fois le quinquina, dans le déclin du second accès à une femme enceinte de six mois, et une autre fois dans le fort de l'accès, à une femme en léthargie et à qui il fallut le faire avaler de force, comme le médecin de Modène au comte Nogarola.

Malgré les plus sages mesures de prophylaxie, il n'est pas rare que la fièvre récidive avec moins de force, il est vrai, mais avec plus d'opiniâtreté ; d'où naît un nouveau danger, parce que, passé un certain laps de temps, cette fièvre change de caractère et finit par altérer le tissu des organes de la nutrition ; alors la maladie primitive n'est plus que secondaire, et le quinquina est impuissant désormais, n'étant fébrifuge, qu'autant que la fièvre intermittente a encore son caractère naturel de périodicité. Le point important est donc de médicamenter aussi cette seconde fois en temps utile, avant que la maladie n'ait débordé le foie ou la rate, et altéré les voies nutritives par des ulcérations à la muqueuse des intestins, le gonflement avec suppuration des glandes du mésentère, la diarrhée, le marasme, etc.

C'est précisément pour prévenir ce progrès si redoutable, que le docteur Barbarotta vient combattre la récidive des fièvres intermittentes miasmatiques ; il propose une autre médication que celle qui a réussi en pareil cas au docteur Cocchi.

Toutefois, il est bon de connaître les deux médications, attendu que la nature ouvre souvent plus d'une voie curative pour la même maladie et que celle-ci ne guérit pas toujours par le même remède.

Une jeune personne, d'un tempérament sanguin et bien portante, eut l'imprudence d'aller se promener à la campagne par une belle soirée d'automne; la chaleur du jour avait été forte et l'air était humide. Elle ne tarda pas à éprouver la fièvre tierce. On donne le quinquina; plus de fièvre. Au bout d'un certain temps, la fièvre revient ; même médication. Récidive, la routine emploie le même

fébrifuge. Cependant le foie commence à s'engager, on suspend toute médication et on attend l'heureuse influence de la belle saison. Vain espoir! l'état de la malade empire de plus en plus; une sueur légère, mais générale, au déclin de chaque accès, la perte de l'appétit, l'altération du teint, font craindre le marasme.

L'auteur est appelé, il voit que la fièvre intermittente compliquée d'hépatite chronique a été prise à faux, et que la guérison du foie doit amener celle de la fièvre, qui n'est à présent qu'une maladie en seconde ligne.

Le praticien, fort de son expérience, ordonne des sangsues au siége à plusieurs reprises, le calomélas associé à l'extrait de pissenlit, une boisson cathartique et délayante, la diète lactée ; guérison prompte et sans retour.

Même succès chez une fille de quatorze ans, affectée de splénite à la suite d'une fièvre intermittente et dont l'usage prolongé du quinquina aggravait la maladie. La période de froid était remarquable, à cause d'une douleur très-aiguë qu'elle occasionnait dans la rate et ensuite dans le bas-ventre jusqu'au temps de la sueur; alors tout rentrait dans l'ordre habituel.

Un jeune homme éloigné de la maison paternelle, se livrait avec ardeur à l'étude, lorsqu'il fut atteint d'une fièvre intermittente; il négligea son état et ne cessa de travailler dans les jours d'intermission. L'obstruction de la rate qui vint compliquer la fièvre, obligea les supérieurs du malade à le renvoyer chez ses parents, où il prit maintes et maintes fois du quinquina inutilement à chaque rechute, et finit par devenir ascitique.

Le docteur Barbarotta reconnut que la fièvre intermittente n'était plus qu'une maladie secondaire; en conséquence, il commença par faire la ponction du bas-ventre, puis il s'appliqua à enlever l'irritation de la rate, source de l'ascite. A cet effet, il fit prendre 1° le matin, de la crème de tartre étendue dans une infusion de cassia lignea ; 2° dans la journée, la digitate mêlée avec le nitre ; 3° le soir, des pilules de calomélas, d'extrait de ciguë et de pissenlit. Un régime substantiel compléta ce plan thérapeutique, qui rétablit la santé en quarante jours.

Le médecin napolitain pourrait citer d'autres faits à l'appui de sa méthode ; mais il préfère terminer son mémoire par les trois théorèmes suivants, qui résument sa théorie.

Premier théorème. — Le miasme agit d'une manière spécifique sur un organe indéterminé et porte de là un trouble dans tout l'organisme.

Deuxième théorème. — Une fois que le miasme a produit une maladie secondaire, il perd sa faculté occulte, et cette maladie étant hors de la sphère du miasme, celui-ci ne doit point être pris en considération dans le traitement de la fièvre intermittente.

Troisième théorème. — Alors la méthode anti-périodique ne convient plus.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 12 novembre.)

Localisation du langage.

M. Collineau réfute les idées émises par M. Bouillaud en s'appuyant sur l'étude du développement du cerveau dans la série animale, et sur une analyse des phénomènes intellectuels qui constituent la faculté du langage, par elle-même fort complexe. Il montre que chez les animaux, les lobules antérieurs n'éprouvent pas seuls le développement signalé par M. Bouillaud, mais que toute la masse encéphalique y prend part; le développement des lobes antérieurs peut bien, il est vrai, exercer, comme celui de toute autre partie du cerveau, de l'influence sur l'intelligence, et par conséquent sur la faculté du langage, mais il n'est le siége exclusif ni de l'un ni de l'autre. Ainsi posée, la discussion est interminable.

M. Ferrus. La question dont il s'agit porte sur l'un des points les plus essentiels de la phrénologie, mais pour mon compte, je n'admets cette science qu'avec de nombreuses restrictions ; j'avoue qu'elle a jeté de vives lumières sur les fonctions du cerveau, et sans présager son avenir, je ne partage en aucune façon, aujourd'hui, le dédain ou la colère que lui témoignent plusieurs de mes collègues.

M. Ferrus place, comme Gall, l'organe du langage dans les circonvolutions antérieures; il croit avoir observé que les individus chez lesquels les circonvolutions antérieures et inférieures des lobes antérieurs du cerveau étaient proéminentes, et poussaient la voûte orbitaire, et le globe de l'œil, en bas et en avant, étaient remarquables par la mémoire des mots et par leur aptitude à apprendre les langues. Il m'a semblé de plus, dit-il, que les hommes remarquables par une grande aptitude au langage articulé avaient le front saillant par en bas, et qu'ils usaient avec d'autant plus d'art et de succès de cette propension naturelle, que l'organisation dont je parle était accompagnée d'un développement complet des organes placés au-dessus.

Chez les idiots purement microcéphales, chez ceux où le cerveau ne semble point altéré dans sa contexture, mais seulement arrêté dans son développement, j'ai observé aussi que s'il restait quelques rudiments du langage, la conformation dont je parle pouvait encore, dans d'autres proportions, se remarquer.

Mes observations d'anatomie pathologique ne sont point en rapport avec les faits allégués par M. Rochoux ; j'ai reconnu, et fait reconnaître à de nombreux témoins, que dans la plupart des cas où la parole avait été compromise à la suite du délire des aliénés, les circonvolutions antérieures et inférieures du lobe antérieur du cerveau, présentaient des altérations notables, soit dans la consistance de la substance grise extérieure, soit dans les rapports de cette substance avec les membranes qui la recouvrent et qui souvent lui sont adhérentes, soit plus

profondément dans la substance du cerveau.

M. Bouillaud prétend que M. Rochoux n'a cité que des opinions générales, qu'il n'a pas précisé le chiffre de ses faits; qu'il ne les a ni pesés, ni suffisamment examinés. Il se justifie ensuite du reproche qui lui a été adressé par M. Cruveilhier de ne s'être pas occupé de l'élément intellectuel du langage, de n'avoir cherché que la faculté de coordination. Cet élément intellectuel du langage aurait peut-être son siége dans la substance grise, et le principe moteur de coordination dans la substance blanche; mais rien n'est démontré à cet égard. Au lieu de soixante-quatre faits, comme l'a dit M. Castel, M. Bouillaud en a soixante dix-sept: que sont en comparaison de cela un petit nombre de faits particuliers?

M. Cruveilhier ne repousse aucun des faits avancés par M. Bouillaud; seulement il soutient que des lésions d'autres parties du cerveau que les lobes antérieurs peuvent altérer la faculté du langage; des faits ont aussi montré que les lobules antérieurs pouvaient être altérés, alors que la parole était intacte.

(Séance extraordinaire du 16.)

La plus grande partie de cette séance a été occupée par un rapport de M. Devilliers, au nom de la commission de vaccine.

Rétrécissement de l'urètre.

M. Leroy d'Etiolles fait une communication relative au traitement des rétrécissements de l'urètre qui réclament l'application des méthodes exceptionnelles, telles que la cautérisation, la scarification et la résection. Les rétrécissements cèdent pour la plupart aux quatre procédés de dilatation qui sont : la dilatation brusque et instantanée par les dilatateurs; la dilatation temporaire et progressive, faite pendant une heure chaque jour; la dilatation coup sur coup, qui s'accomplit en quatre ou cinq jours, et la dilatation permanente, telle que la pratiquent les disciples de l'école de Desault.

Il y a des rétrécissements qui ne peuvent guérir par la dilatation, et parmi eux, il en est auxquels convient la cautérisation. Mais tant de manières de la pratiquer ont été proposées, que le chirurgien peut être embarrassé dans le choix. M. Leroy d'Étiolles applique le caustique, directement d'avant en arrière, et quelquefois d'arrière en avant.

L'expérience a confirmé les avantages des porte-caustiques, qu'il a imaginés dans ce double but. La scraification a aussi ses applications utiles, et M. Leroy d'Etiolles a continué à perfectionner ce procédé : il montre à l'Académie un nouveau scarificateur en gomme et flexible, d'une structure fort simple.

Il y a aussi des rétrécissements qui résistent à la dilatation, à la cautérisation, à la scarification et à la combinaison de ces divers moyens: ce sont les rétrécissements *fibro-vasculaires*, connus sous le nom de *calleux*, de *spasmodiques*, de *turgescents*, surtout quand ils existent dans la portion spongieuse de l'urètre, et qu'ils ont été cautérisés mal à propos; ceux-là M. Leroy les enlève, et parfois avec un succès durable. Il met sous les yeux de l'Académie un nouveau sécateur avec lequel il pratique cette opération; c'est un tube, dont les trois quarts de la circonférence ont été enlevés dans une longueur de cinq à sept lignes, de telle sorte que la continuité n'est plus conservée à cet endroit que par une lame, dont les bords sont rendus tranchants; une tige mobile dans le tube, et sur laquelle ce tranchant s'applique, protége les parties saines pendant l'introduction. L'extrémité conique du sécateur ayant franchi le rétrécissement, celui-ci se trouve compris entre les deux éminences; la tige est alors retirée, le bord tranchant est mis à nu, puis par un mouvement circulaire et de va-et-vient combinés, le bourrelet qui forme l'obstacle est enlevé sans que le tranchant puisse aller au delà de ce qui forme saillie sur les parois de l'urètre. La cure se complète par la dilatation.

(Séance du 19.)

Nouveau système de pompes et seringues.

M. Charrière présente diverses pompes et seringues auxquelles il a adapté un piston dont les mouvements demeurent toujours faciles et qui pourtant ne peut jamais laisser passer l'air ni les liquides entre la surface et les parois du tube dans lequel il se meut et qu'il remplit toujours parfaitement. Ce mécanisme très-simple, et qui ne consiste que dans l'addition d'une rondelle de cuir rabattue sur une garniture élastique, est fondée sur la théorie du parachute qui s'ouvre d'autant plus que la pression exercée à sa partie inférieure est plus grande. Cet appareil offre de très-grands avantages, surtout appliqué aux seringues d'Anel et aux pompes à ventouses, dont on avait si souvent à se plaindre. Toutes les pompes et seringues à tous usages sont susceptibles de recevoir cette modification.

Enfant portant deux verges.

M. Ségalas présente à l'Académie un enfant qui porte deux verges. Plusieurs membres pensent qu'il s'agit ici d'une bifidité des corps caverneux.

(Séance du 26.)

(Ophthalmie belge.)

M. Bouvier lit au nom de MM. Sanson, Renoult, Gérardin et au sien propre un rapport sur un mémoire de M. Caffe sur l'*ophthalmie de l'armée belge*.

M. Caffe s'est rendu en 1838 en Belgique, en Hollande et en Prusse, et a visité tous les hôpitaux afin de recueillir des documents de toute espèce sur l'ophthalmie belge.

Cette maladie s'est montrée en Belgique dès 1814. Mais c'est surtout depuis 1830, après les mouvements de troupes qui suivirent la dernière révolution, qu'elle a sévi avec une grande intensité au point d'atteindre un huitième des soldats, et dans quelques régiments la moitié. Elle a frappé plus de cent mille individus depuis son invasion, et elle a privé de la vue un nombre considérable de militaires restés à la charge de l'état.

Cette ophthalmie, que M. Caffe nomme avec les médecins belges blennorrhée, blennophthalmie, est spécialement caractérisée par l'injection, le ramollissement, le gonflement de la muqueuse palpébro-oculaire, par le développement de granulations rouges sur les replis de cette membrane et la sécrétion d'un liquide d'abord séreux, puis mucoso-purulent.

M. Caffe distingue dans cette affection trois variétés principales qui en sont autant de degrés ou de périodes quand elles se succèdent chez le même individu.

Dans une première nuance la paupière inférieure est gonflée; quelques arborisations vasculaires rampent de la sclérotique à la cornée;

la conjonctive palpébrale tuméfiée, veloutée, d'un rouge uniforme, présente vers son repli semi-lunaire un bourrelet sur lequel s'élèvent des saillies vésiculaires, molles, spongieuses, fréquemment disposées circulairement à la paupière inférieure, plus souvent éparses à la paupière supérieure; ce sont les granulations. A ce degré la conjonctive granuleuse cause peu de douleurs et donne lieu seulement à une légère photophobie et à la sensation d'un grain de sable qui roulerait sous les paupières dans les mouvements de l'œil. Il n'y a pas encore sécrétion mucoso-purulente.

Dans une forme plus intense, la conjonctive est partout épaissie et fortement boursouflée, des vésicules acuminées se voient sur la sclérotique, mais surtout vis-à-vis le point d'union de cette membrane avec la cornée; la surface interne des paupières est d'un rouge vif et couverte de granulations très-rapprochées; il se forme souvent alors un pannus vasculaire. Une couche albumineuse se développe entre les lames superficielles de la cornée, et un liquide mucoso-purulent s'amasse sous les paupières, d'où il s'échappe par la pression exercée sur leur face externe.

Les paupières tuméfiées sont d'un rouge violacé, les vaisseaux sont injectés et devenus variqueux; un pus abondant s'écoule des paupières; quand on les écarte il inonde les joues qui en sont excoriées. Une tache pulpeuse blanchâtre se montre alors sur la cornée ramollie, qui se perfore dans ce point, soit par ulcération, soit par une véritable gangrène; les humeurs s'écoulent et la cécité devient complète. Quelquefois l'ulcération n'amène qu'une simple opacité, également incompatible avec la vision.

Dans d'autres cas l'ophthalmie est chronique dès le début ou après une période aiguë plus ou moins courte, la conjonctive reste injectée, gonflée, blafarde, les granulations persistent avec une sécrétion moins abondante et mucoso-séreuse; la cornée se couvre d'un nuage qui trouble la vision. Cet état peut se prolonger pendant fort longtemps; il expose sans cesse le malade au développement de l'état aigu.

M. Caffe regarde cette ophthalmie comme contagieuse, et démontre qu'on ne peut l'attribuer à l'introduction entre les paupières de la craie ou du tripoli qu'emploient si fréquemment les soldats dans l'entretien des buffleteries et dans le nettoyage des boutons, etc. Selon lui, cette maladie n'est pas due au régime alimentaire du soldat, aux abus des alcooliques, aux fatigues, aux affections morales tristes, etc.; mais bien à la propriété contagieuse de cette affection, qui est susceptible de se communiquer soit par l'inoculation directe, par le transport sur l'œil sain de la matière sécrétée par l'œil malade, au moyen des doigts, des linges, des fluides imprégnés de cette matière, soit par contagion médiate ou infection de l'air chargé de miasmes produits par la vaporisation du liquide sécrété dans cette affection.

Le traitement de cette maladie a fixé d'une manière particulière l'attention de M. Caffe. Il signale les meilleurs procédés de cautérisation et d'excision de cette membrane, ainsi que les circonstances qui indiquent l'application de l'une ou de l'autre méthode. Et dès le début de la maladie il rappelle l'emploi que l'on a fait des solutions sur-saturées de nitrate d'argent.

L'expérience a prouvé que la réunion des ophthalmiques dans un même lieu rend leur guérison plus difficile, quelquefois impossible. M. Caffe conseille la dissémination au loin des soldats atteints d'ophthalmie, et le bivouac en rase campagne, sous l'influence d'un air sec et vif. Il a recueilli de nombreux exemples des bons effets de cette mesure.

Pour obtenir la cessation de l'épidémie et pour mettre fin à ce fléau, M. Caffe propose:

1° D'éloigner des rangs de l'armée tout individu menacé ou affecté d'ophthalmie purulente, à quelque degré que soit la maladie, en faisant constater deux fois le jour, par des médecins experts, l'état sanitaire des hommes de chaque compagnie;

2° De diriger sur des dépôts différents qui seraient établis dans toutes les provinces, les hommes considérés en état de suspicion et ceux qui seraient réellement infectés;

3° De ne réintégrer ces hommes dans leurs corps respectifs, qu'après leur avoir fait passer un certain temps au sortir des dépôts, dans des compagnies d'attente que l'on pourrait préposer à la garde des citadelles et des places fortes.

—M. Velpeau présente quelques considérations sur le traitement de l'ophthalmie purulente en général, et insiste d'une manière tout à fait particulière sur le nitrate d'argent en solution: d'abord il le donnait à faibles doses (un grain par once d'eau distillée), puis il l'a successivement porté à un demi-gros, à un gros et même deux gros, et il a retiré de ce médicament les plus heureux résultats.

—M. Gerdy repousse l'emploi exclusif d'un seul moyen contre les ophthalmies; il insiste sur la combinaison des sangsues, des purgatifs, des dérivatifs cutanés, etc.

—M. Larrey combat les mesures hygiéniques proposées par M. Caffe.

— M. Baudelocque soutient l'opinion de la contagion, se basant sur des faits qui ont été examinés par lui et dans son service à l'hôpital des Enfants malades.

—M. Paul Dubois n'est pas disposé à se ranger du côté des contagionistes; leurs raisons ne lui semblent pas assez péremptoires.

— M. le rapporteur ne pense pas qu'on puisse nier, après les faits qu'il a rapportés, la contagion directe ou immédiate. Quant à la contagion miasmatique, elle est moins manifeste; cependant elle est assez probable pour que les mesures proposées par M. Caffe, d'ailleurs sans inconvénient, puissent être adoptées.

Corne développée sur le front d'une femme.

M. Souberbielle met sous les yeux de l'Académie une corne ayant près de dix pouces de longueur, développée sur le front d'une femme âgée. Elle était implantée dans le périoste qui revêt la bosse frontale, et a été extirpée avec succès.

(Séance du 3 décembre.)

Pinces à varicocèle.

M. Bérard fait part à l'Académie d'une modification qu'il vient récemment de faire subir à la pince de M. Breschet pour le varicocèle. Cette modification consiste à munir les mors de la pince de deux épingles assez éloignées pour renfermer dans leur intervalle tout le paquet veineux, et destinées à prévenir le glissement des veines qui doivent être comprimées. Une fois les épingles passées et le cordon laissé de côté, on est sûr de ne pas le comprendre dans la pression et de l'éviter ainsi complétement.

—M. Velpeau trouve ce procédé trop compli-

qué : il préfère se borner aux épingles, puisque toutes les veines sont également isolées par ce moyen.

Taille sus-pubienne chez un homme de soixante-onze ans.

M. Ségalas fait un rapport sur une opération de taille sus-pubienne pratiquée par M. Souberbielle, chez un malade dont la vessie renfermait quarante cinq calculs. Cette affection existait depuis plusieurs années et avait été longtemps méconnue. Enfin M. Souberbielle fut appelé, il reconnut l'existence de pierres dans la vessie et se disposa à l'opération qu'il pratiqua par sa méthode, c'est-à-dire par le haut appareil. M. Souberbielle eut beaucoup de peine à faire manœuvrer la sonde à dard, parce qu'il existait en arrière du trigone vésical une loge qui contenait les calculs, et dans laquelle la sonde à dard avait pénétré d'abord. En outre, après l'incision de la vessie, l'opérateur reconnut que ce viscère était bilobé.

La vessie incisée et le doigt introduit dans cet organe, M. Souberbielle procéda à l'extraction des calculs et en amena quarante-cinq au dehors. Les plus gros d'entre eux offraient le volume d'une grosse amande, et les plus petits celui d'un gros pois. Ils étaient tous entiers, à surface lisse et de forme variée, ils pesaient une once et demie dans leur ensemble.

L'opération terminée M. Souberbielle introduisit dans la vessie par l'urètre une sonde flexible de gomme élastique, puis il plaça le malade sur son lit et convertit la sonde en un siphon. Enfin la plaie fut pancée à plat.

Le siphon a fonctionné sitôt après l'opération, et depuis il a constamment et complétement amené les urines en dehors.

Le cinquième jour, la réunion de la plaie de la vessie fut jugée assez solide pour permettre de boucher la sonde. Deux heures après, le malade éprouva le besoin d'uriner, la sonde fut débouchée, et il s'en écoula un bon verre d'urine sans qu'il en passât une seule goutte par la plaie. M. Souberbielle retira alors la sonde, pour ne plus la remettre, et le malade continua à uriner.

Le quatorzième jour le malade a fait sans fatigue, une premenade en voiture, et le quinzième il a dîné au milieu de sa famille.

Voici les remarques que M. Souberbielle fait lui-même au sujet de cette observation :

1° Le malade a rendu spontanément pendant deux années des graviers, et dans la totalité des pierres extraites par l'opération, il ne s'en trouve pas une qui ne soit entière ; il ne s'est pas rencontré un seul fragment. M. Souberbielle n'avait jamais remarqué une telle particularité; aussi a-t-il voulu s'assurer si ces calculs si différents d'aspect, étaient de même nature, il les a fait analyser par M. Caventou: ils étaient tous formés d'acide urique.

2° M. Souberbielle recommande la plus grande circonspection, dans la recherche d'un calcul qui se serait échappé des tenettes ; car en déchirant le tissu cellulaire lâche qui unit la vessie à la paroi abdominale, on s'expose à un accident très-grave, l'infiltration de l'urine.

3° Enfin l'opérateur appelle l'attention sur le sommeil profond dans lequel le malade est tombé sitôt après la taille, sommeil dû au passage d'un état très-douloureux à l'état de calme qui suit l'opération ; ce sommeil dont s'inquiètent certains praticiens, M. Souberbielle l'a observé souvent, et toujours sans aucun inconvénient ; il va même jusqu'à le regarder comme une circonstance favorable.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 4 novembre 1839.)

M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, écrit à M. Flourens qu'il a pratiqué avec succès l'*inoculation de la variole sur un sujet affecté de la lèpre.* Quoique les parties sur lesquelles on a agi fussent privées de toute sensibilité, la maladie inoculée a suivi la marche la plus régulière ; après une éruption locale remarquable par le développement des boutons, la variole la plus bénigne a apparu sur le tronc et sur les membres. Le malade était un Cabyle venant des montagnes de Bougie, seule localité où la lèpre ait été observée depuis que nous occupons l'Algérie.

(Séance du 11.)

M. Blanche communique l'observation suivante :

M. A...., frappé d'amaurose par congestion, à la suite d'une plaie d'arme à feu, n'avait reçu aucune amélioration des soins de plusieurs médecins. La cécité étant devenue complète, le malade se décida, sur ma proposition, à essayer les grandes ventouses de M. Junod. L'application fut faite sur les extrémités inférieures, et il suffit de cinq ou six séances pour rendre la vue au malade.

M. Blanche aurait dû dire si la guérison s'est maintenue.

(Séance du 18.)

Observation d'un cas de guérison obtenu après une amputation pratiquée dans des circonstances très-défavorables; par M. Bailleul.

Un enfant de douze ans eut, en travaillant dans une fabrique d'indienne, la jambe saisie par l'engrenage d'une machine de la force de douze chevaux. La partie inférieure du membre avait été arrachée complétement, le fémur était fracturé en deux endroits ; le corps et la face présentaient diverses blessures déchirées, et, sur le crâne, le cuir chevelu se trouvait détaché et roulé en plusieurs points différents. L'amputation pratiquée au-dessous du genou n'a été suivie d'aucun accident consécutif, et l'enfant est maintenant parfaitement guéri.

(Séance du 25.)

Recherches sur la substance cérébrale humaine.

(Communication de M. Pelouze.)

M. Couerbe avait annoncé dans le cerveau l'existence de cinq substances distinctes, dont quatre nouvelles; et la cinquième, déjà connue, est la cholestérine. M. Frémy est arrivé à des résultats différents. Pour lui, la substance du cerveau consiste presque entièrement en un savon naturel résultant de la combinaison de deux acides gras nouveaux avec la soude. L'un de ces acides est solide à la température ordinaire, l'autre est liquide. Tous deux contiennent une grande quantité de phosphore, mais lorsqu'ils sont bien purifiés, ils ne contiennent pas de soufre. Ce dernier élément n'existe que dans l'albumine du cerveau. Les quatre substances de M. Couerbe sont impures; outre les

deux acides découverts par M. Frémy, on y trouve un mélange de la plupart des matériaux du cerveau.

(Séance du 2 décembre.)

M. Gannal écrit, relativement aux inconvénients que présente, suivant lui, *l'arsenic employé pour la conservation des cadavres.* Il résulte de ses propres expériences : 1° que les cadavres injectés avec l'arsenic, et qui sont renfermés dans une caisse de plomb, se couvrent promptement de byssus, et que cette moisissure décompose la masse en moins d'une année ;

2° Que les objets injectés avec cette substance, et qui sont exposés à l'action de l'air, dégagent de l'hydrogène arséniqué aussitôt que la dessiccation commence, et que ce dégagement se prolonge au delà de quatre années ;

3° Que toutes les fois qu'il peut se former dans la masse un composé hydrogéné, il y a formation d'hydrogène arséniqué.

(Séance du 9).

Propagation de la rage chez l'homme et par l'homme.

M. Bellanger prie l'Académie de désigner une commission pour faire un rapport sur une notice dans laquelle il prétend prouver que la rage ne peut pas être communiquée à l'homme ni à plus forte raison transmise par lui. M. Magendie s'y oppose de toutes ses forces, parce que, dit-il, la nomination d'une commission supposerait que la question n'a pas encore été jugée, tandis que l'expérience ne laisse aucun doute sur la transmissibilité de la rage. En admettant même que l'imagination seule puisse procréer de toutes pièces chez l'homme une névrose qui simule la rage, il n'en faudra pas moins avouer qu'une telle explication n'est point applicable aux animaux. M. Serres fait d'ailleurs remarquer le danger d'une telle doctrine accréditée parmi le peuple. On ne saurait s'étayer de l'exemple de Bosquillon, car il n'avait pas tellement foi en son opinion là-dessus, qu'il osât s'approcher d'un homme enragé. M. Double insiste également pour qu'on ne tienne point compte du mémoire de M. Bellanger.

(Séance du 17.)

M. Bellanger remet son mémoire sur le tapis: il cite en faveur de sa thèse un fait d'inoculation sans contagion. Il va même jusqu'à s'offrir pour sujet d'une expérience. Mais cette réclamation n'est nullement accueillie par l'Académie. On ne saurait rien conclure d'un seul fait qui est négatif, lorsqu'il est contredit tous les jours par tant de faits positifs. Dupuytren, M. Breschet et M. Magendie ont inoculé de la bave d'un homme enragé à un chien ; ce chien est devenu enragé, et a communiqué la rage à d'autres chiens. M. Breschet a inoculé la rage de carnivores à herbivores, et d'herbivores à carnivores ; il se propose de publier prochainement le résultat de ses observations.

—M. Couerbe adresse à l'Académie un mémoire dans lequel il accuse M. Orfila de lui avoir dérobé les résultats de ses recherches au sujet de l'existence de l'arsenic dans les os du corps humain. C'est encore une question d'antériorité.

—

VARIÉTÉS.

Liste des internes :

MM. Richet, Carpentier, Veyne, Dumesnil, Oulmont, Logerais, Hélot, Henry, Fiaux, Lambron, Desormeaux, Guiet, de Guise, Mac-Carty, Jamain, Tavignot, Dechaut, Bailly, de Castelnau, Fremy, Laurès, Roullaud, Belin, de Puisaye, d'Astros, Bernard, Gelez, Dequevauviller, Verjus.

— Il existe en Algérie, d'après le *Moniteur*, des hôpitaux organisés pour 5,966 malades avec un mobilier de 6,500 lits, 9,000 paillasses, 6,000 matelas et 12,700 couvertures de laine. Il y a en outre 1,250 lits de l'entreprise Valée pour les besoins éventuels. Le personnel de ces hôpitaux comporte 2,190 officiers de santé, 79 officiers d'administration et 826 infirmiers, dont 706 sont des infirmiers militaires. Les approvisionnements pharmaceutiques ont été calculés sur la plus large échelle, et les quelques plaintes dont ils ont été l'objet ont été le résultat d'un encombrement momentané à Constantine et à Philippeville. La feuille officielle promet d'ailleurs des decuments qui prouveront que la mortalité n'a point atteint le chiffre qu'on lui assigne. Les approvisionnements en vivres, fourrages et chauffage suffisent aux besoins de plus d'une année. Le vin est d'une qualité supérieure.

— La fièvre jaune vient de s'ajouter encore aux fléaux qui n'ont cessé de désoler cette année notre colonie de la Martinique. Le corps médical en supporte une large part. On compte au nombre des morts M. Luzeau, médecin en chef; M. Dulupet, chirurgien-major de *la Thisbé;* 7 sœurs hospitalières; 2 autres chirurgiens de la station; un pharmacien de la marine; 4 médecins civils et plusieurs officiers de la marine. Les équipages des bâtiments de guerre et du commerce n'ont pas été épargnés non plus. C'est au Fort-Royal que la maladie a sévi avec le plus d'intensité, ce qui s'explique assez par les exhalaisons des marais environnants, et par l'agglomération des bâtiments de tous genres forcés d'hiverner dans le port au carénage.

— M. le docteur Soudan, professeur au Val-de-Grâce, vient d'être promu au grade de chevalier de la légion-d'honneur.

— M. le docteur Aronsshohn, de Strasbourg, a été nommé, par décision royale du mois d'octobre dernier médecin-consultant du roi.

— M. Coste, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie externe à l'école secondaire de Bordeaux, en remplacement de M. Dupuch-Lapinte, démissionnaire, qui ne conserve que le titre de professeur honoraire.

— M. le docteur Rameaux, qui a seul concouru pour la chaire d'hygiène et de physique médicale vacante à la Faculté de médecine de Strasbourg, en a été nommé professeur.

— Le typhus a éclaté dans les hôpitaux de Reims. On compte parmi les victimes M. le D. Chabaud, l'un des médecins de l'Hôtel-Dieu, et M. Guyot, pharmacien en chef du même hôpital.

— Une lettre écrite par M. le docteur Baudens, chirurgien en chef de Douéra (Algérie), le 30 novembre, semble confirmer les détails donnés plus haut par le *Moniteur.* « La mortalité a pu être d'un cinquième pour Philippeville et quelques autres points, mais dans tout le reste de la Régence, on a généralement perdu

peu de monde. A Douéra, le total de la mortalité du dernier trimestre a été d'un mort sur 51 sortants. En août et septembre, je n'ai perdu que 4 hommes sur 473 sortants. Cependant nous recevons les malades des postes les plus insalubres de la Régence.»

(*Nouvelliste.*)

— On démolit les restes du bâtiment Saint-Charles à l'Hôtel-Dieu, pour dégager le quai et la rue de la Bûcherie. Entre ces deux voies publiques on a ménagé un corps de bâtiment qui aura une communication par un pont suspendu, avec le bâtiment situé sur la rive droite. On a terminé un pavillon, rue Notre-Dame, qui complète les bâtiments du bureau central.

— D'après le *Sun*, la fièvre jaune sévit violemment au Texas, et principalement à Galvestown; un grand nombre d'habitants se sont réfugiés dans l'intérieur des terres.

— M. Fauché, pharmacien-inspecteur, membre du conseil de santé des armées, commandeur de la légion-d'honneur, etc., est mort le 19 décembre.

— Tandis que le commerce de l'opium menace d'une collision entre l'Angleterre et le céleste empire, il n'est peut-être pas hors de propos de faire connaître les détails suivants, que donne le *Journal de chimie médicale* sur la consommation et le commerce de l'opium en Chine.

Le débit d'opium dans l'empire des Chinois est défendu par des lois très-sévères, mais le goût l'emporte, et l'avidité du marchand lui fait braver les amendes, les châtiments corporels et l'incendie de sa boutique et de sa maison, car la loi condamne aux flammes toute maison coupable d'avoir recélé cette substance. Chaque année la demande d'opium est à peu près la même, et le commerce y satisfait régulièrement, malgré la vigilance des agents de l'autorité. Les Chinois prennent l'opium de diverses manières; celle à laquelle ils paraissent donner la préférence n'est que peu ou point connue en Europe; ils le mêlent avec du tabac, et la fumée de ce mélange les plonge dans une dangereuse ivresse.

L'opium du Bengale est celui qu'on recherche le plus pour fumer, à cause de son parfum; mais les amateurs qui désirent des impressions plus fortes, suivies d'une ivresse plus complète, mâchent l'opium au lieu de le fumer, et ils demandent celui de Malwa, le plus riche en morphine. C'est aussi pour la même raison que cet opium est généralement préféré dans les îles d'Asie. Il avait même pris une telle faveur sur le marché de Canton, que les opiums de Patna, de Bénarès, du Bengale et de Turquie étaient menacés d'une baisse considérable, et même d'un entier abandon.

La vente de l'opium des Indes en 1825, s'est montée à 42,675,590 fr.

Le Malwa, indépendamment de l'infériorité de son prix, contient 14 0/0 d'opium pur, tandis que celui de Patna et de Bénarès n'en contient que 9 centièmes. Aussi est-il recherché davantage.

Éloge de Laënnec, par M. Pariset (1).

René-Théodore-Hyacinthe Laënnec naquit le 17 février 1781, à Quimper, petite ville de Bretagne, comprise aujourd'hui dans le département du Finistère. Sa famille tenait dans la bourgeoisie un rang honorable. Depuis plusieurs générations, elle remplissait des fonctions au barreau; elle exerçait des magistratures locales.

Le père de Laënnec avait fait d'excellentes études. Il cultivait les lettres, et son talent pour la poésie rappelait un de ses compatriotes, Desforges-Maillard, dont la muse pseudonyme avait surpris, cinquante ans plus tôt, des galanteries et des louanges à l'auteur de la *Henriade* et de *Brutus*. Il est des hommes qui, les yeux fermés sur l'avenir, comme Jean La Fontaine, se livrent, dans leur insouciance, au dangereux bonheur de rester enfants toute leur vie. Ce père, homme d'esprit et de goût, n'était point homme de conduite. Veuf de très-bonne heure, avec des enfants en bas âge, il sentit vivement tout ce qui lui manquait pour diriger leur éducation, et soit nécessité, soit sagesse, il abandonna le soin de les conduire à son frère, médecin distingué de la ville de Nantes. Ce frère recueillit avec bonté ces jeunes orphelins, et les fit élever comme ses propres enfants.

. . . . . .

A l'âge de dix-neuf ans, c'est-à-dire en 1800, il vint à Paris. Sur ce grand théâtre de lumières il éprouva ce qu'y éprouve tout esprit élevé : il sentit croître son ardeur. Aux études obligées de sa profession, il en associa d'auxiliaires, destinées à combler le vide que le malheur des temps avait laissé dans ses idées. Il reprit pour l'approfondir cette langue latine qui a été longtemps le lien des nations, et dans laquelle il parvint à écrire avec une élégance et une pureté trop rares de nos jours. Il se familiarisa par ses propres efforts avec les écrivains grecs, c'est-à-dire avec les plus sublimes esprits qui aient honoré notre espèce, et comme on tentait alors pour sa langue maternelle ce qu'on avait tenté vainement pour l'hébreu, pour le slave, pour le basque; comme une nouvelle école voulait faire de la langue celtique la langue primitive du genre humain, Laënnec prenant à cœur la gloire de son pays, s'engagea dans l'examen scrupuleux de ce singulier idiome. Pour en mieux pénétrer la structure intérieure et les secrets caractères, il en rapprochait les principaux dialectes, ceux que l'on parle encore aujourd'hui dans une partie du nord-ouest de l'Europe, le gaélique et le cymrique; ou, si l'on veut, d'une part l'erse et l'irlandais, de l'autre le gallois, le cornique et, le plus distingué de tous, le bas breton. Qui le dirait? le celtique, au sentiment des plus habiles, serait, de toutes les langues indo-européennes, celle qui, après l'arménien, se rapprocherait le plus du sanscrit, c'est-à-dire de la langue la plus simple et la plus composée, la plus flexible et la plus fixe, la plus sage et la plus hardie, la plus positive et la plus abstraite, la plus harmonieuse et la plus âpre; en un mot, de la langue la plus artistement travaillée qui soit au monde. Le celtique ne serait donc qu'un amas de fragments mutilés d'une langue si parfaite; et cela posé, n'est-il pas naturel, mais aussi n'est-il pas étrange d'entendre encore aujourd'hui parler bas breton sur les rives du Gange et du Bourampouster, et de rencontrer, même dans Homère, et dans les conteurs de France et d'Italie, jusque dans La Fontaine et Molière, des fictions d'origine indienne? Quelle route les a conduites d'une extrémité du monde à l'autre? Ces étroites affinités, et de grammaire et d'inventions aujourd'hui si clairement démontrées, suscei-

(1) Nous regrettons de ne pouvoir donner en entier le brillant éloge de M. Pariset. Nous en reproduisons seulement les passages les plus saillants.

taient dans l'esprit de Laënnec une suite de problèmes sur le berceau commun des nations et sur leurs migrations à la surface de la terre; mais ces problèmes, pris dans leur ensemble, et sous les ténèbres qui les enveloppent, qui les résoudra jamais? Quelles qu'aient été sur ce point les vues de Laënnec, il est probable qu'il en appréciait toute l'étendue et toutes les difficultés, et qu'affranchi de tout autre soin son génie l'eût entraîné dans les profondeurs de l'histoire, comme il le fit entrer plus tard dans celles de l'organisation.

Loin de nuire aux études essentielles, ces études subsidiaires en accéléraient les progrès. C'est que, partagé entre deux genres de travaux, et délassé de l'un par l'autre, l'esprit puise dans celui-ci de nouvelles forces pour celui-là, et réciproquement. En 1801, Laënnec eut au concours les deux premiers prix de chirurgie et de médecine. En 1804, deux thèses se suivirent de près sur Hippocrate, l'une en latin l'autre en français. Ce qu'on a hasardé sur Homère et sur les grands écrivains de l'antiquité, la première le dit sur Hippocrate. Elle met en doute l'existence de ce grand homme. Elle insinue que les ouvrages qu'on lui attribue sont en partie de plusieurs siècles antérieurs à la guerre du Péloponèse, et qu'enfin le nom d'Hippocrate n'est probablement qu'un nom générique, comme celui des Hercules et des Pharaons. La seconde thèse a pour titre : « Propositions sur la doctrine d'Hippocrate, relativement à la médecine pratique. » Et cette thèse est celle que soutint Laënnec. Comme la première, elle a ses paradoxes, et les paradoxes sont quelquefois des vérités. La première qu'établit Laënnec, c'est que possesseur d'une multitude infinie de faits médicaux, particuliers, disparates, incohérents, contraires, jamais Hippocrate n'en a recherché les affinités pour les rapprocher, pour en former des groupes, pour en faire des espèces et des variétés, des classes et des genres; en un mot, pour en construire un système de nosologie, comme l'ont fait les modernes, et cependant ne les laissant point flotter dans son esprit sans rapports et sans liens, mais ne souffrant pas qu'un seul de ses rapports prévalût sur les autres, et les tînt pour ainsi dire éclipsés. Toute maladie n'était à ses yeux qu'un fait individuel, lequel existerait, quand même tous les autres n'existeraient pas; mais tout voir dans ce fait, tout saisir dans ces prémisses, faire tout converger dans les conséquences, telle était la pratique et telle est la doctrine de ce sublime génie : soigneux, toutefois, quand il décrit, ou plutôt quand il peint une maladie, d'en marquer les symptômes propres et les symptômes communs, ou les épiphénomènes; n'excluant aucun de ces deux ordres de symptômes, les considérant l'un et l'autre comme nécessaires, mais s'attachant aux seconds de préférence aux premiers, parce qu'en effet ce sont les épiphénomènes qui éclairent, dit Laënnec, non sur le siége, c'est ce que font les symptômes propres, mais sur le fond réel de la maladie, sur la marche qu'elle doit suivre, sur les transformations qu'elle peut subir et l'issue qui lui est préparée; en d'autres termes, moins curieux des signes diagnostics que des signes pronostics; et voilà pourquoi la sémiologie, cette branche transcendante de la science et la plus nécessaire peut-être à la pratique, a dans Hippocrate une supériorité si marquée. Je ne suivrai point Laënnec dans ses réflexions sur les vues peu conciliables en apparence qui conduisaient Hippocrate, d'une part, à considérer l'acte fébrile comme toujours identique à lui même; et, de l'autre, à distinguer les fièvres par des qualifications tirées ou de leurs types ou de leur durée, ou de leur gravité ou de quelques symptômes prédominants, dernier point sur lequel, comme sur quelques autres, Roderic-à-Castro semble avoir prévenu Laënnec. Ce que je rappellerai, du moins, c'est qu'à l'époque où il écrivait sa thèse, et où s'élevait avec hauteur une théorie trop exclusive et trop bornée, Laënnec, autorisé par Hippocrate et par sa propre expérience, admettait des fièvres essentielles et des maladies tout à la fois organiques et humorales, à la génération desquelles tout peut concourir, et les solides, et les liquides, et la force inconnue qui les anime, comme le font sentir avec tant d'évidence et d'énergie quelques lignes du traité sur l'aliment. Enfin, dans une courte note, Laënnec touche légèrement une question encore indécise, et qu'un seul trait de logique eût tranché dès l'origine. Hippocrate a-t-il ouvert des cadavres? Un cri d'affirmation ne s'élève-t-il pas de tous ses ouvrages? N'est-ce pas sur la foi de ses propres sens qu'il parle de certaines affections du cerveau, de la moelle épinière, de la plèvre et des poumons, et pour déclarer, comme il le fait dans une de ses coaques, qu'une plaie pénétrante est mortelle, lorsqu'elle atteint ou la moelle de l'épine, ou le cœur, ou le diaphragme, ou quelque artère, ou quelque nerf, même très-petit, comme Ruysch l'a vu lui-même, ne faut-il pas qu'il ait, comme Ruysch, ouvert et constaté? Que servirait ici l'anatomie du singe ou de tout autre animal? Jetez les yeux sur les livres où Hippocrate décrit avec tant d'ordre et d'exactitude les luxations diverses, et osez conclure, à l'exemple de Lassus, qu'un si beau travail a été fait sans anatomie? C'est surtout l'anatomie pathologique que les asclépiades ont cultivée, comme elle l'a été par Galien, par Cœlius Accrédianus, et par tant d'autres. Qu'une fine et profonde anatomie ait été ignorée d'Hippocrate, c'est ce que j'accorderais sans difficulté, si dans une de ses dissertations Haller n'avait montré que personne mieux qu'Hippocrate n'a connu le moyen sympathique et l'intercostal. Son ignorance, du reste, tournerait à sa gloire. Privé d'un tel secours, n'a-t-il pas donné le premier et le plus beau modèle des constitutions médicales, écrit le traité des eaux, des airs et des lieux, autre modèle qu'ont suivi de grands publicistes, et laissé ces immortels aphorismes, que l'immortel Boërrhave mettait au-dessus des siens, et qui, sauf quelques transformations et quelques taches, renferment encore, sous un si petit volume, toute la philosophie de la médecine?

. . . . . .

Il existe dans le monde une multitude prodigieuse de petites peuplades encore peu connues, bizarrement diversifiées entre elles par la forme, le volume, la couleur, la consistance, l'organisation, le domicile, les appétits, l'industrie; jouissant toutes d'une vie propre, et néanmoins dépendante, créée, nourrie, fomentée par la douce et humide température d'une vie étrangère; de telle sorte que, soustraite à l'influence de cette vie extérieure et protectrice, celle-là s'attiédit et s'éteint. De l'assemblage confus de tant de familles, se compose l'immense tribu des entozoaires; et de même que l'origine de l'homme et des grands animaux se perd dans l'obscurité des temps, de même l'origine de ces êtres parasites se perd dans l'obscurité des organisations qui leur donnent l'hospitalité. Prenez un entozoaire, quel qu'il soit, vous n'en trouverez l'analogue ni dans les airs, ni dans

les eaux, ni dans les aliments. Leurs germes ou leurs œufs ne sont nulle part. Et comme des entozoaires se développent jusque dans le fœtus qui habite encore le sein de sa mère, vous chercherez vainement les secrètes voies que leur germe, s'il existait, aurait pu suivre pour pénétrer jusque-là. Entre tant de difficultés, et par suite, entre tant d'hypothèses pour les résoudre, il est des esprits qui ont adopté la plus hardie, et au premier aspect la moins vraisemblable. Ils assignent aux entozoaires une génération intérieure, primitive, spontanée; et la puissance qui crée ces singuliers êtres et les façonne quelquefois sur un plan très-composé, comme le prouverait la distinction, et surtout la séparation des sexes, cette puissance ne serait, pour les auteurs de l'hypothèse, qu'un vestige affaibli, qu'un simulacre de cette puissance universelle, intelligente, organisatrice, qui, rencontrant dans la série des âges une matière amorphe et ductile, la pétrissant, la figurant d'après des types ou des idées qu'elle portait en elle-même, selon la parole de Platon, a jeté à profusion sur la terre tant d'animalités si diverses, à des intervalles dont il n'est plus possible de mesurer la durée; riche et belle hypothèse, conforme au texte de Moïse, et par conséquent orthodoxe, qui choque nos habitudes sans choquer notre raison, plus plausible que la préexistence des germes, laquelle offre, sous un autre nom, les mêmes difficultés, et que justifierait d'ailleurs l'énergie toujours subsistante de cette force plastique qui agit si manifestement dans les matières organisées, lorsqu'elle métamorphose en animal entier les fragments d'un animal, lorsqu'elle répare des parties qu'a retranchées le scalpel, lorsqu'elle refait des os fracturés, renoue des intestins mutilés par la gangrène, ou répand enfin comme un rayon de vie sur ces produits accidentels appelés fausses membranes. J'ajoute que Bremser et Rudolphi ont surpris des vers intestinaux dans le travail de leur formation; ils en ont vu se dessiner les premiers linéaments, de même qu'à la première apparition des animaux en Egypte, on en voyait, dit Diodore, les ébauches sortir à demi formées du limon du Nil.

Quoi qu'il en soit, l'histoire des entozoaires est en partie celle de notre espèce. Les uns accompagnent l'homme sous tous les climats et sont, comme lui, cosmopolites; les autres ne s'attachent qu'aux hommes de telle ou telle contrée; et dans le même homme, ceux-ci s'établissent dans tel système ou tel organe; ceux-là, dans tel ou tel autre, sans qu'on puisse s'expliquer ces préférences de géographie et de localité. Cette histoire, du reste, est sortie de la plume de près de six cents écrivains, depuis Hippocrate, Arétée, Galien, et surtout depuis Rédi jusqu'à Rudolphi, c'est-à-dire de 1684 à 1820. Parmi les noms illustres dont ce catalogue est orné figure le nom de Laënnec. En 1804, il lut à la société de l'école un mémoire en deux parties sur les hydatides ou vers vésiculaires. Dans la première partie, il établit, pour le cinquième ordre, un nouveau genre, celui des acéphalocystes ou le splanchnococcus de Bremser; et une espèce nouvelle, celle du cesticercque à double vessie, laquelle n'est probablement qu'une variété, car on ne la voit point dans un ouvrage publié seize ans plus tard, la synopsis de Rudolphi, écrivain d'ailleurs si exact. Laënnec marque les caractères distinctifs des acéphalocytes, et les quatre modes de génération qui leur sont propres. Dans la seconde partie il propose un tableau systématique de tous les vers vésiculaires trouvés dans l'homme et dans les animaux. Il y inscrit les espèces dont l'existence est réelle, douteuse ou supposée. A ce mémoire se joignaient des dessins qui représentaient, soit les vers eux-mêmes dans leur état naturel, soit leurs parties principales grossies au microscope. Je ne sache pas que ce travail ait été publié. Peut-être ne serait-il pas aujourd'hui sans intérêt de le comparer avec les classifications et les figures données par Zeder, Bremser Rudolphi et Hippolyte Cloquet.

Que cette digression me soit pardonnée. L'étude des entozoaires est digne du naturaliste et du philosophe autant que du médecin; elle fait voir, comme les infusoires et les moisissures, à quel point la nature sait encore sous nos yeux multiplier les êtres et varier ses combinaisons. Songez, de plus, aux cruelles maladies que cette même étude nous fait découvrir, soit dans l'homme, soit dans les animaux qui le servent, le nourrissent, l'habillent et forment ainsi la plus belle partie de ses richesses; que les gouvernements sages mettent tant de prix à conserver, et qui, pour emprunter les paroles du plus éloquent des naturalistes « figurent plus grandement dans la nature, et font plus de bien sur la terre que toutes les autres espèces réunies. » C'est ainsi qu'en a jugé l'école de Vienne, laquelle fait, depuis trente-six ans, recueillir des entozoaires dans toutes les parties de l'Europe et même jusqu'en Egypte, jusqu'au Brésil; elle en possède aujourd'hui cinquante mille individus, appartenant à trente genres distincts et distribués pour ainsi dire par escouades de cinq, huit, dix, douze espèces, dans toute l'échelle animale, depuis l'homme jusqu'au dernier des mollusques. C'est ainsi qu'en jugeait Laënnec lui-même. Attiré par la singularité du sujet, il en avait approfondi les détails; il y faisait des découvertes, et il en prenait occasion de répéter que pour classer convenablement les entozoaires, pour les rapprocher entre eux par leurs rapports essentiels, il fallait chercher ces rapports, non dans les organes extérieurs, mais dans leur structure intime et profonde; car dans les animaux, si les organes extérieurs sont les instruments de leurs actions, c'est dans leur intérieur que réside le principe et la raison de leurs mouvements: idée que peut revendiquer la médecine, et la même qui, plus tard, conduisit Cuvier dans sa belle et dernière classification des animaux. C'est ainsi que se touchent les extrêmes et que les objets les plus petits jettent de la lumière sur les plus grands.

Dans les années subséquentes, de 1805 à 1821, Laënnec, toujours attaché à la société de l'école, en suivit les travaux et en accrut le nombre par les siens.

. . . . . .

Ce fut dans la société de l'école que se manifesta la première notion, je dirais presque la première aurore de cette brillante découverte, qui a donné tant d'éclat au nom de Laënnec, et dont j'essaierai, dans un moment, de vous présenter l'histoire. En février 1815, il fit amener dans l'assemblée une malade qui, ayant un hydrothorax, faisait entendre, par la secousse hippocratique, le bruit du liquide épanché. Mais ce fut le 1er mai de cette même année qu'il commença la lecture d'un grand mémoire sur l'auscultation, et ce fut le 14 du même mois qu'il fit en public le premier essai de son sthétoscope.

Félicitons-nous de la direction qu'il avait prise et qui devait le conduire à de si beaux résultats.

. . . . . .

Laënnec s'était fait de la réputation : ici commence sa gloire. En 1816, il eut à l'hôpital Beaujon une place de médecin. Il passa depuis à l'hôpital Necker. La médecine a, comme l'astronomie, ses observatoires : ce sont les hôpitaux. Laënnec cherchait les difficultés en homme qui sait les résoudre. Il s'attacha surtout aux affections de la poitrine, matière qui pour lui n'était pas nouvelle. En 1810, il avait écrit en latin sur l'angine de poitrine ce mémoire qu'il lut à la société de l'école; et bien qu'il fût préparé par l'anatomie pathologique à toutes les altérations que des vices originels et les maladies impriment aux organes de la cavité pectorale, cependant, pour qui veut considérer le nombre, la structure et les fonctions de ces organes, aussi bien que les dispositions générales de cette cavité, il est visible que, par la nature de son choix, Laënnec s'engageait dans les problèmes les plus épineux. Pour me faire mieux comprendre, souffrez que je reprenne les choses de plus haut.

De toutes nos cavités, celles où, après la cavité cérébrale, se consomment les phénomènes les plus importants et les plus délicats, c'est la cavité thoracique; les plus délicats, ai-je dit, car ils se passent entre l'air et le sang, de molécule à molécule, à travers ses pores imperceptibles, qui les unissent tout ensemble et les séparent; les plus importants, car pour peu que ces phénomènes soient arrêtés ou suspendus, la vie s'éteint. C'est donc là que la vie, sans cesse menacée, se renoue sans cesse; c'est là que s'opère, de moment en moment, une sorte de résurrection que l'on pourrait appeler perpétuelle. J'ajoute que c'est de là que part, pour être distribué dans toute l'économie, le liquide éminemment réparateur, le sang artériel, que ces phénomènes préparent, et qui sert, peut-être moins encore à la nutrition des organes qu'à l'excitation du système nerveux, c'est-à-dire du système qui vivifie tous les autres.

Tels sont les miracles dont cette caisse mystérieuse est comme le sanctuaire, car ici tout est divin. Une conséquence à tirer de là c'est que, pour maintenir la vie, l'action de ces organes ne doit jamais s'interrompre; il faut qu'elle soit continue, plus continue que celle de l'estomac et du cerveau. Retracez maintenant à vos esprits l'admirable mécanisme dont cette caisse est animée; représentez-vous des masses pulmonaires, molles, spongieuses, épanouies, élastiques, contractiles, sensibles, creusées dans leur intérieur de millions de canaux d'une excessive ténuité, destinées les unes à l'air, les autres au sang; considérez ce dernier liquide, si variable dans sa quantité, si variable surtout dans sa composition; la multitude et l'inconstance de ses éléments; ceux de ses éléments qui se séparent de tous les autres sous forme de gaz, comme le pensent Arétée et Lobstein; ceux qui s'exhalent sous forme de vapeurs et se condensent sur des surfaces ou dans des canaux voisins, pour en entretenir la souplesse ou retenir les corpuscules que l'air y porte si souvent avec lui; ceux qui s'épanchent dans les interstices environnants, pour y former des dépôts morbifiques, de nature, de consistance et de couleurs si diverses; considérez les mouvements de ce sang, ralenti, précipité par les passions, le repos, l'exercice, la course, le travail, et pouvant ainsi forcer le calibre de ses propres canaux; considérez le milieu qui nous environne, cet air qui, bien qu'identique dans toutes les régions du globe, reçoit néanmoins tant de modifications opposées, et de la température et des subtiles matières qu'il enlève de partout, et des miasmes dont il est le véhicule; qui, accumulé, retenu, comprimé par ses efforts, ou faisant explosion par des cris, distend outre mesure la membrane qui le reçoit, en rompt la substance, en déchire les vaisseaux; qui peut d'ailleurs agir sur cette membrane de tant de manières, l'humecter et la relâcher, ou la dessécher, l'irriter, l'enflammer, l'épaissir, la durcir, en pervertir profondément les habitudes et les produits; songez au principal agent de la circulation, au cœur, à l'entrelacement de ses dépendances et de ses connexions, à sa structure intérieure, à ses ouvertures et à leurs valvules, à ses cavités et à la cloison qui les sépare, à la tunique flexible et fixe qui l'enveloppe et l'assujétit, aux altérations qui en diminuent, en augmentent, en dénaturent la substance; et en font changer le volume, la figure, la situation; songez aux conditions primitives de tant de parties si diverses, à leur force, à leur faiblesse originelles, aux oscillations si étranges de résistance ou de ton que leur transmet la puissance nerveuse, cette puissance qui est nous-même, et nous est si profondément cachée; et, pour clore cette longue énumération, peignez-vous cette double enceinte, formée d'arcs osseux minces, longs, étroits, recourbés, mobiles, dont les intervalles sont fermés par une double couche de muscles minces comme eux; derniers organes qui, secondés par des muscles extérieurs, et mis en jeu par l'être invisible qui régit toute l'économie, dilatent ou resserrent la capacité de la poitrine, et, par cette alternative, mettent en mouvement tout ce merveilleux et grand appareil. Réunissez maintenant dans vos esprits toutes ces données; embrassez d'un coup d'œil cette société d'organes d'un tissu si fin, si délié, et livrés par leur délicatesse même à tant de causes de lésions; considérez surtout cette enceinte extérieure, qui les couvre comme une voûte et les protége, mais qui, mince et facilement pénétrable, parce qu'elle est mobile, les défend mal contre toutes les atteintes et les intempéries du dehors; et, de cet ensemble d'idées, concluez ce qu'on doit conclure de toute organisation fine, subtile et complexe, savoir, que, plus elle est essentielle à la vie, plus elle est compromise dans son action, ce qui revient à dire que plus elle est nécessaire plus elle est périssable.

Ne vous étonnez donc pas de voir dans tous les climats les maladies de la poitrine si répandues et si dangereuses. Le merveilleux serait qu'elles fussent partout plus légères et plus rares. Toute l'antiquité les a connues. Vous les rencontrez dans tous les ouvrages : elles sont nées avec notre espèce; triste compagne que nous donne la perfection même de nos organes! Pour discerner toutes ces maladies, pour en découvrir le nombre, les caractères, l'origine, le développement, la marche, les accidents qui la traversent ou la favorisent, les conversions ou les métamorphoses, les terminaisons heureuses ou funestes, et les signes qui les annoncent, enfin, pour en régler le traitement, et l'approprier aux nécessités éventuelles, la médecine a déployé de bonne heure toute la patience et la sagacité du génie. La séméïotique d'Hippocrate sur les principales maladies de cette nature, la pleurésie et l'empyème, la pneumonie, la phthisie, la vomique, etc., cette séméïotique, reproduite avec un talent admirable par quelques écrivains modernes, comme on le voit dans le grand et beau livre de M. Double, cette séméïotique forme un corps de doctrine où il semble que rien n'est omis. Elle supposerait, dans son auteur, un excellent diagnostic; et toutefois,

c'est une incontestable vérité que, depuis Hippocrate jusqu'à Baglivi, qui en jetait un cri de douleur, jusqu'à Pierre Franck, et jusqu'à nous, c'est-à-dire jusqu'à Laënnec, le diagnostic des affections de la poitrine était rempli d'incertitude et d'obscurité. Cependant, il faut le reconnaître, de tous les symptômes et de tous les signes soumis à l'investigation des sens et aux calculs de l'esprit, il n'en est pas un qu'Hippocrate ait négligé. Il interroge la respiration, la physionomie, l'attitude, la chaleur, le sommeil, la qualité des excrétions ; il interroge surtout les matières expectorées et la douleur ; il en étudie, d'un côté, la facilité, la consistance, la coloration ; de l'autre, le degré, l'étendue, la mobilité, ainsi de suite ; enfin il écoute le bruit qui résonne quelquefois dans une poitrine affectée, et annonce toujours quelque chose de funeste. On connaît celui que produit la succession ou l'hydatisme de Cœlius Aurelianus. On sait ce que ce bruit révèle sur la quantité du liquide et le danger de l'épanchement. L'oreille longtemps appliquée sur différents points de la poitrine, Hippocrate entend gronder les viscères qu'elle renferme, comme gronde quelquefois l'estomac. Ailleurs, pendant une orthopnée, et parmi les efforts d'une toux sèche et violente, il saisit dans les poumons une sorte de chant ; il va jusqu'à surprendre le murmure, le cri du sang dans les vaisseaux, et ce cri, il le compare au cri du cuir qui sert pour la chaussure. Il a connu le râle bronchique et le râle crépitant ; il savait qu'en passant sur les mucosités, l'air les condense, les durcit, et rend ainsi la respiration plus nécessaire en la rendant plus difficile, le mal s'aggravant par le remède. Enfin, lorsqu'il assigne aux différentes respirations leurs caractères, après avoir parlé des respirations grandes, rares, denses, entrecoupées, quelle respiration pensez-vous qu'il désigne par la qualification de respiration bourbeuse, laquelle ne se fait entendre, ajoute-t-il, par un seul mot, à sa manière, que lorsque la poitrine ne se contracte presque plus ? Question dont le savant Illmer demande, il y a un siècle, la solution au Vénitien Vanini ; et cette solution, Laënnec était peut-être, il y a vingt ans, le seul qui fût en état de la donner.

En 1763 parut Avenbrugger. Il apportait aux médecins, pour l'exploration de la poitrine, et l'étude des maladies de cette cavité, une méthode qu'il avait inventée, et que l'on connaît sous le nom de méthode de percussion. Négligée dans l'origine, comme il arrive presque toujours aux plus utiles découvertes, mais pratiquée et bientôt célébrée par Stoll, cette méthode était à peu près inconnue parmi nous, lorsque Corvisart la tira d'un oubli qui était une perte pour l'art. Elle comblait en partie, dans le diagnostic des maladies de la poitrine, les lacunes que j'ai signalées ; et les succès qu'en obtint Corvisart lui donnèrent un nouveau lustre. Toutefois je crois savoir que, si elle lui épargna très-souvent de grandes erreurs, elle ne lui épargna pas quelques méprises, et que, dans les premiers essais qu'en fit Laënnec, elle ne répondit pas toujours aux espérances qu'il en avait conçues. C'est alors que l'idée lui vint de se frayer une nouvelle route, et, soit dessein, soit hasard, il reprit celle qu'Hippocrate avait ouverte, et résolut de la suivre jusque dans ses dernières ramifications.

Il faut se mettre, en effet, dans l'esprit que l'auteur de notre être a pourvu l'air atmosphérique de deux propriétés merveilleuses. Comme corps chimique, l'air est pour la vie d'une absolue nécessité. Comme corps élastique, aucun instrument n'est plus propre à dévoiler dans les organes les lésions qui la menacent. En marchant dans l'intérieur des poumons, l'air rencontre des angles, des replis, des aspérités, sur lesquels, par la collision de ses molécules, il joue le double rôle d'archet et de corde sonore ; il vibre, et ses vibrations diffèrent et varient prodigieusement de timbre et d'énergie. Tant que l'air reste muet, ces vibrations sont à peine sensibles ; mais, quelque faible qu'elles soient, elles traversent néanmoins l'enveloppe extérieure, et sont saisies par une oreille délicate ; à plus forte raison sont-elles perceptibles quand l'air devient voix, quand il parle, quand il éclate ; et même, n'étant que simple voix, c'est lui, ce sont ses vibrations qui impriment à la capacité de la poitrine les frémissements qui l'agitent, et qui font surtout trembler la poitrine des Arabes, lesquels feraient, en quelque façon, toucher leur voix aussi bien qu'ils la font entendre. Toutefois, c'est lorsqu'il parle que l'air, que la voix prend un timbre, c'est-à-dire une physionomie propre et distincte de toutes les autres. Quelles que soient, du reste, les innombrables modifications que l'air contracte en parcourant ses voies accoutumées, soit lorsqu'il y pénètre, soit lorsqu'il en sort, nous devons, à l'exemple de Laënnec, n'en admettre que deux ordres, celles qui sont liées à l'état sain des organes et celles qui sont liées à l'état maladif. Ces deux ordres se serviront entre eux de contr'épreuve ; mais l'état sain est un, pour ainsi dire, au lieu que l'état maladif se diversifie à l'infini. Les modifications correspondantes vont donc se multiplier dans la même proportion ; et il est visible que la gravité de ces dernières modifications, considérées comme signes, se mesurera sur la différence qu'elles auront avec les premières. C'est sous ce point de vue, si je ne me trompe, que Laënnec envisageait le diagnostic qu'il allait établir et associer pour jamais aux créations d'Hippocrate.

Ses recherches l'occupèrent trois années. Chaque jour était marqué par des découvertes inattendues et de la plus singulière originalité. C'était un nouveau monde que l'oreille, cette fois, ouvrait à l'esprit. De là le nom d'auscultation qu'a reçu la méthode. Elle est médiate ou immédiate. Vous parlerai-je de la première ? Vous parlerai-je de l'instrument que Laënnec interposait entre lui et les malades, et dont il espérait obtenir des perceptions plus justes que de ses propres organes ? Sauf un petit nombre de cas, par exemple, pour des lieux d'un accès difficile, ou pour ceux dont l'examen pourrait blesser la pudeur, ces cas exceptés, dis-je, cet instrument est aujourd'hui délaissé. C'est qu'en effet le stéthoscope ne sera jamais pour l'ouïe ce qu'est le télescope pour la vue : et que l'oreille sera toujours, comme le dit Euler, le plus parfait instrument d'acoustique. Maintenant reconstruisez dans votre esprit cette organisation où le sang s'élabore, et d'où il s'élance dans toute l'économie ; reprenez l'un après l'autre tous les objets qui la constituent ; et dans chacun de ces objets, aussi bien que dans leur ensemble, supposez les altérations les plus variées et les plus bizarres ; tous les changements imaginables de texture, de dimension, de volume, de dilatation, de resserrement. Supposez des engorgements, des infiltrations, des tumeurs, des épanchements de liquides ou de gaz ; des compressions, des refoulements, des endurcissements, des atrophies, et par contre-coup, des hypertrophies ; supposez des inflammations et des gangrènes ; supposez des communications anormales, des perforations, des crevasses, des

fontes purulentes ou de ces produits accidentels dont j'ai donné précédemment quelque idée, fibreux, cartilagineux, osseux, ainsi de suite; puis, l'oreille appliquée ici ou là sur la poitrine; écoutez les impressions qu'elle reçoit : vous entendrez les bruits les plus étranges : des retentissements de cavernes ou d'amphores, des murmures, des gargouillements, des ronflements, des sons de basse, des tintements de métaux, des râles, des souffles, des râclements et des cris de râpes; et si vous faites parler les malades, vous entendrez des voix incertaines, entrecoupées, chevrotantes, et contrefaisant ainsi par leur timbre, les cris de certains animaux ; vous entendrez des éclats de voix qui viendront vous frapper brusquement, comme s'ils avaient percé la poitrine. Les bruits de toux prendront les mêmes caractères ; en un mot, où que soit la lésion; quels qu'en soient la nature, le degré, l'étendue, l'action sur les parties environnantes; quelle qu'en soit la la simplicité ou la complication; tenez pour certain que l'air qui entre, que l'air qui sort, que l'air rendu sonore par la toux, ou transformé en voix et en parole, recevra du dérangement intérieur, un cachet qui vous dira tout et vous instruira même par son silence. J'ajoute que les autres signes tirés, ou de la percussion, ou de la mensuration, ou de la simple inspection des surfaces extérieures, et ceux que l'on tire du pouls, de la chaleur, de la fièvre, etc., tous ces signes étant rapprochés de ceux que donne l'auscultation, vous verrez ces derniers signes confirmer, étendre, restreindre, rectifier tous les autres; quelquefois même y suppléer, car il est des lésions cachées, et ce sont souvent les plus dangereuses, dont le secret ne peut être révélé que par l'auscultation. Enfin une maladie de poitrine étant donnée, si, pour l'explorer et la connaître, vous faites marcher de front toutes les méthodes, non-seulement vous pourrez saisir le désordre à son origine, mais encore le suivre dans ses évolutions et ses phases, et régler le traitement sur les variations du diagnostic ; toutefois retenez bien que, même dans les cas les plus simples (et les plus simples en apparence sont quelquefois les plus redoutables), jamais ce diagnostic ne s'achève et ne s'établit avec sûreté que par l'auscultation.

Et cependant, comme tout ce qui est humain, cette méthode a ses limites. Il est des objets qu'elle ne peut atteindre; elle a donc ses lacunes, ses erreurs, ses déceptions. Bien que nécessaire à toutes les autres, elle est souvent dans leur dépendance et ne tire sa valeur que de leur concours; aussi a-t-elle fait revivre la percussion qui tombait dans l'oubli. Enfin de quelque prix que soit pour l'art une telle découverte, il est certain qu'elle était en principe dans quelques paroles d'Hippocrate. D'autres parmi les modernes et les contemporains l'avaient connue et même pratiquée; spécialement M. Double. Mais les paroles d'Hippocrate taient mal comprises, controversées, et même rejetées par les commentateurs. Les modernes n'avaient qu'ébauché la méthode, sans en soupçonner l'étendue, et, souffrez ce langage figuré, anciens modernes, contemporains, tous se sont tenus à l'entrée de la grotte; aucun n'en a sondé les profondeurs, n'en a consulté les oracles, n'en a rapporté les réponses. Laënnec seul en a eu la gloire, et cette gloire, quels efforts, quels travaux, quelles fatigues elle lui a coûtés! que de persévérance et de courage! Lui qui luttant contre sa faiblesse naturelle et contre une fièvre qui se rallumait sans cesse; lui qui, bravant l'intempérie des saisons les plus rigoureuses, s'arrachait à sa paisible retraite pour courir à son hôpital, à son amphithéâtre, où l'appelaient, parmi des débris de mort, tant de vérités nouvelles. Heureux de trouver dans ces tristes débris la confirmation de ses premiers jugements! heureux de rattacher ainsi par leurs propres liens les effets et les causes et d'en former pour l'esprit des groupes invariables! heureux enfin de sentir qu'il agrandit la science, qu'il se donne de plus en plus des droits à l'estime des hommes, et à l'immortel honneur d'inscrire un jour son nom entre les noms d'Hippocrate et d'Avenbrugger !

En 1819, Laënnec publia deux volumes sur l'auscultation. Il y exposait sa méthode et ses résultats. Partout surprise et curiosité; quelques voix s'élevèrent, mais l'expérience parla, qui les rendit muettes. La méthode fut universellement adotée; elle traversa les continents et les mers et se répandit parmi les peuples. Des médecins partis d'Allemagne, d'Angleterre, des Etats-Unis, vinrent à Paris et se mirent sous la direction du maître pour se former à l'auscultation. L'ouvrage fut traduit en plusieurs langues; des éditions se succédèrent, toujours plus riches et plus volumineuses. Les dernières ont reçu des notes, les unes d'un parent, d'un ami, d'un élève de Laënnec ; les autres, de notre confrère M. Andral, qui l'explique, le justifie, le complète et quelquefois le contredit; mais dans le langage réservé d'un écrivain qui sait concilier le respect qu'il doit à la vérité avec celui que tout homme doit se porter à lui-même dans la personne qu'il combat. Gardez-vous de croire, du reste, qu'en écrivant son ouvrage, Laënnec se soit tenu strictement dans le cercle de ses propres idées; à chaque page viennent sous sa plume les plus hautes questions médicales, et il les traite avec la même indépendance et la même élévation. Mais ce qui relève surtout l'excellence de la méthode, c'est, je ne dirai pas cet unanime concert de suffrages, je ne dirai pas l'empressement qu'on a mis à lui donner sa place dans l'enseignement, ni l'emploi qu'on en a fait pour d'autres affections que les affections de la poitrine ; mais l'extension que lui a donnée Fournet pour la phthisie et surtout le développement qu'elle a pris dans les habiles mains d'un professeur éloquent de la Faculté, d'un homme que nous avons le bonheur de posséder parmi nous, de M. Bouillaud. Lancisi, Morgani, Sénac, ont découvert beaucoup de maladies du cœur sans trop songer à en donner les signes. Corvisart les a surpassés par le nombre, la vigueur et la vérité de ses peintures. Laënnec était allé plus loin; mais pour lui, je dirai mieux pour nous, la vie a été trop courte, et son œuvre sur ce point est restée imparfaite. Elle à été reprise et continuée par un successeur digne de lui; et peut-être serait-il aujourd'hui permis de considérer ses découvertes comme un solide fondement de diagnostic, non seulement pour les maladies du centre circulatoire, mais encore pour celles du sang lui-même : proposition dont les conséquences feraient prendre prochainement une nouvelle face aux théories médicales, surtout à la thérapeutique. . .

Vous le pressentez, Messieurs, la carrière de Laënnec s'achève; encore quelques années, la scène du monde se fermera pour lui. Epuisé par ses travaux, il alla en 1820 respirer l'air natal et demander une lueur de santé aux lieux où il avait reçu la vie. En 1822, sur la foi d'un mieux apparent, il reparut dans la capitale et fut promu à des emplois éminents à la cour, à la

Faculté. Au collége de France il suppléait Hallé, et dans sa chaire, il affectait de rappeler un principe dont l'oubli sera toujours une sorte de sacrilége, savoir : que les éléments des maladies sont plus nombreux que ne le supposaient alors des esprits systématiques et passionnés; que les liquides, que les solides ont leurs altérations propres, d'où naissent des altérations secondaires et réciproques, et par suite d'innombrables légions de maladies toutes différentes; abîme de causes, d'actions, de réactions, où il est si important mais si difficile de faire pénétrer l'analyse. En 1823, il entra dans la Faculté et se réserva la chaire de clinique interne encore étincelante du génie de Corvisart, et là le diagnostic du maître se retrouvait dans celui de l'élève avec plus de justesse encore et de profondeur. Impatient de la faiblesse et de la timidité de la thérapeutique ordinaire, il embrassait les hardiesses de Rasori, et se proposait de les mettre en expérience. Mais tant de travaux et de soins demandaient une constitution plus affermie; celle de Laënnec dépérissait de jour en jour; il avait dans le sein un germe funeste et rebelle qui le consumait sans l'abattre et le détruisait sourdement au milieu de son savoir, de sa fortune et de sa renommée. A la fin, il fallut céder. Ses souffrances le remirent sur le chemin de la Bretagne; il y arriva pour y mourir : le 13 août 1826 il s'éteignit, emporté par cette phthisie qu'il avait si profondément étudiée. Homme rare, que recommandaient avec tant de talents, tant de qualités respectables, surtout la justice et la tolérance; homme singulier, d'une petite stature et d'une complexion grêle, qui, dédaignant l'intelligence subtile et forte dont l'avait doué la nature, mettait son orgueil à exceller dans les exercices du corps, dans les arts d'agrément et dans quelques industries mécaniques. Mais quoi! à entendre Cuvier, Cuvier n'était point naturaliste, il était administrateur; à entendre Girodet, Girodet n'était point un peintre sublime, il était poëte; de même Laënnec n'était qu'un souffle et se croyait un Hercule : il transposait les choses : la vigueur de son esprit, il la mettait dans ses muscles; faiblesses innocentes, taches imperceptibles qui disparaissent dans l'éclat de ces grandes existences, exemplaires d'ailleurs et pleines de gloire parce qu'elles sont utiles.

IV.—ANATOMIE.

URÉTROPLASTIE.

Lettre de M. Ségalas à M. Dieffenbach, sur un nouveau procédé employé avec succès.

Monsieur et illustre ami,

Je n'ai pas oublié la demande que vous m'avez faite, lors de votre dernier voyage à Paris, de vous adresser l'observation du malade chez lequel j'ai pratiqué l'urétroplastie avec des matériaux empruntés au prépuce; mais j'ai dû différer d'y répondre pour plusieurs raisons, et d'abord parce que le résultat si satisfaisant que vous avez bien voulu constater avec moi, ne s'est pas maintenu; qu'il m'a fallu, peu de jours après votre départ, recourir encore à la suture entortillée, et qu'en conséquence un certain laps de temps a été nécessaire pour m'assurer si la guérison obtenue en second lieu était durable, si elle pouvait être considérée comme radicale. Actuellement que cette guérison date déjà de deux ans, et que l'exercice plein et entier des fonctions génito-urinaires, loin de détruire la cicatrice, n'a fait que montrer sa solidité, je me fais un devoir et un plaisir de vous rapporter les diverses circonstances de l'opération.

Les renseignements sur les antécédents du malade, je vais les prendre dans une lettre qu'il m'a écrite quelques semaines après son complet rétablissement.

Je ressentis en août 1815, dit M. C..., une ardeur d'urine qui fut suivie d'un léger écoulement. Je fis part de cet accident à un de mes camarades, élève en médecine. Il me rassura : ce n'était, affirmait-il, qu'un simple échauffement. Je pris, d'après son avis, de la tisane de gayac, et je fis quelques injections d'eau blanche; la douleur et l'écoulement cessèrent, je me crus guéri.

« En juillet 1817, je partis pour la Martinique, où m'appelaient des affaires de famille; j'y restai pendant dix-huit mois, sans me ressentir de rien.

« Un jour, en 1819, après une longue course à cheval, je fus fort étonné d'apercevoir une énorme tache à mon pantalon blanc; la chemise était encore plus fortement empreinte de taches de couleur jaunâtre: ce ne pouvait être le résultat d'un nouveau malheur; je ne m'y étais pas exposé.

« On m'ordonna des bains et une tisane de plantes indigènes; l'écoulement cessa, mais le jet d'urine diminua de volume.

« Les choses restèrent dans cet état jusqu'en 1823, époque à laquelle j'eus une forte attaque de rétention d'urine. On me fit prendre des bains, et l'on opéra, au moyen d'une boule d'étain, une espèce de douche lancée sur le ventre d'une certaine hauteur; ce moyen réussit à me faire uriner. Enfin, les choses se rétablirent dans le même état, à la différence près que le jet d'urine diminua encore et devint bifurqué; je n'en étais gêné que par le temps considérable qu'il me fallait pour vider la vessie. »

« Le 6 janvier 1835, je fus atteint d'une forte fièvre; puis, je tombai presque aussitôt dans ce qu'on appelle lipyrie; en cet état, on m'administra force quinine à l'intérieur et en frictions Je ne repris connaissance que le lendemain au soir; j'étais complétement sourd et aveugle. Je demeurai ainsi six à huit jours; peu après, j'étais en pleine convalescence. Cependant une chaleur intérieure me fit craindre une nouvelle attaque de rétention d'urine. Je communiquai cette crainte aux médecins qui me donnaient leurs soins; ils me rassurèrent de leur mieux, mais ils furent d'opinion différente sur les moyens : à mettre en usage: l'un voulait des bains, l'autre s'y opposa,

craignant de ramener la fièvre. Ce dernier avis prévalut, on me fit boire beaucoup d'eau de laitue.

« Jusque-là j'urinais longuement, mais sans douleur ; deux jours après, je ne pouvais plus uriner que goutte à goutte, avec des souffrances inouïes. On fut chercher le médecin qui me soignait habituellement ; il ne put venir, et fut remplacé par un de ses confrères ; celui-ci me fit mettre dans un demi-bain: un quart d'heure après, j'urinai très-abondamment, je fus soulagé. Je restai près de trois heures dans l'eau, en la faisant maintenir à peu près au même degré; ensuite je me couchai.

«Il y avait à peine une demi-heure que j'étais au lit, quand je sentis le besoin d'uriner; je me mis en position d'y satisfaire : vains efforts ! Le besoin était incessant, la douleur de plus en plus forte. Je fis préparer un nouveau bain, et je m'y plongeai: j'urinai goutte à goutte, les souffrances diminuèrent. L'eau fut entretenue à la même température, et j'y restai jusqu'à l'arrivée de mon médecin ordinaire, qui n'eut lieu que le lendemain à dix heures du matin.

« Le docteur me fit sortir du bain, passa d'abord une très-faible bougie, puis se mit en devoir de m'introduire une sonde. Parvenu avec cet instrument à peu près à la racine de la verge, il s'arrêta et me dit : Je pourrais vous sonder, mais ce serait vous faire souffrir inutilement, le mal est fait : vous avez une fistule urinaire ; je vais vous soulager. — Au même instant il donna un léger coup de bistouri ; l'urine coula si abondamment par cette issue, que le matelas sur lequel j'étais étendu et la chambre furent inondés.

« J'étais loin d'apprécier mon état; néanmoins, je le jugeai affreux en voyant l'escarre gangréneuse qui se détacha quelques jours après. La plaie devenue belle, on essaya de me passer une bougie; on ne put y parvenir: la difficulté consistait à retrouver l'orifice intérieur du canal. Les tentatives donnèrent lieu à plusieurs fausses routes, et celles-ci à autant de dépôts urineux.

« En cet état, je consultai les meilleurs médecins et chirurgiens de l'île; leurs avis furent partagés, mais le plus grand nombre me conseilla de partir pour Paris. Je m'embarquai quinze jours après.

« Dans la traversée, les choses restèrent à peu près au même point, sauf les huit derniers jours, pendant lesquels une forte inflammation, occasionnée par les urines, m'obligea à garder la cabine.

« J'arrivai au Havre le 8 août 1835; une application de sangsues, et des bains firent disparaître l'inflammation : tout aussitôt je me mis en route pour Paris, par le bateau à vapeur. »

M. C... rend ensuite un compte détaillé de ses conférences avec les *sept* chirurgiens dont il a reçu successivement les conseils et les soins, avant de réclamer les miens. Je pense devoir supprimer cette partie de la lettre, malgré ce qu'elle aurait de piquant pour les amateurs d'anecdotes médicales. Qu'il me suffise de dire que ces chirurgiens étaient, pour la plupart, des hommes de mérite, et très-favorablement connus; que, parmi eux, se trouvent de grandes célébrités de l'époque; que trois d'entre eux ont fait des tentatives prolongées et variées pour arriver à la vessie; que dans les mains de l'un des opérateurs, une grosse bougie, après s'être engagée dans l'urètre au devant du scrotum, est sortie du canal derrière cette partie, et venue se montrer au périnée, dans un point où, depuis longtemps, il n'existait plus d'abcès ni de fistule; et enfin que, lorsque le malade s'est adressé à moi, en huitième lieu, au mois de septembre 1836, après une année entière de traitement, il était, suivant sa relation, dans un état plus grave, plus compliqué, plus douloureux que celui qu'il présentait à son arrivée à Paris. Cet état, je vais essayer de le décrire.

A une odeur d'urine corrompue qui se répandit dans mon cabinet sitôt l'entrée du malade, il me fut facile de juger que j'avais affaire à une affection des voies urinaires avec perte involontaire d'urine ; mais j'étais loin de m'attendre à voir un désordre pareil à celui qui s'offrit bientôt à mes yeux. Figurez vous un homme d'une quarantaine d'années, d'une bonne et forte constitution, portant sur tous les traits l'expression de l'intelligence et d'une bonne éducation, et vous montrant, avec l'accent du désespoir, sous un paquet de linge imprégné d'urine et de pus, un pénis horriblement mutilé, et derrière un scrotum excorié, un périnée criblé d'ouvertures fistuleuses, couvert, entouré de tumeurs rouges, violacées, évidemment urineuses. Après cette première impression, qui fut des plus pénibles pour moi, un examen attentif me fit reconnaître que l'urètre avait été détruit dans toute sa largeur, à partir du scrotum jusqu'au gland, et que la portion correspondante des corps caverneux était revêtue, dans toute son étendue, d'une cicatrice ferme, dure, brillante, en apparence demi-cartilagineuse; la pression sur le scrotum était douloureuse; elle l'était plus encore au périnée et à la marge de l'anus; elle l'était aussi à la partie interne et supérieure de chaque cuisse. Au périnée, elle donnait issue, par divers points, à un mélange épais d'urine et de pus.

Je me fis raconter l'histoire détaillée de la maladie : j'appris que l'urine ne sortait guère plus qu'à l'aide de bains de siége, et que son excrétion était constamment accompagnée des plus grands efforts. Je voulus ensuite procéder à l'exploration de ce qui restait du canal; je constatai que la petite portion d'urètre qui s'était conservée dans le gland était fortement revenue sur elle-même, et que la portion entourée par le scrotum se refusait au passage des bougies les plus fines, les plus flexibles. Une bougie de cet ordre, présentée par la principale ouverture du périnée, fut arrêtée à quelques lignes de profondeur, et j'eus bientôt acquis la conviction que les obstacles au cathétérisme, soit par le méat urinaire, soit par devant le scrotum, soit enfin

par le périnée, n'étaient que trop réels.

Toutefois, en étudiant le moral du malade, qui me parut décidé à tout faire, à tout laisser faire pour améliorer son affreuse position, je conçus l'espoir d'atteindre le but, et je me déterminai à entreprendre le traitement.

La première indication à remplir était de remédier à la rétention d'urine, d'affranchir le malade de la nécessité où il était de se tenir constamment au bain; c'est afin d'y satisfaire au plutôt qu'après de nouvelles et veines tentatives pour arriver jusqu'à la vessie par les fistules du périnée, je me mis à dilater l'une d'elles, celle qui me parut être le plus dans la direction de l'urètre. Je fis successivement usage d'une bougie de gomme, d'une bougie de corde à boyau, et de l'éponge préparée, et j'eus le plaisir de voir, le troisième jour, une petite bougie de cire pénétrer dans la vessie. Je crus prudent de la laisser en place pendant vingt-quatre heures. Je lui substituai ensuite une sonde très-souple de gomme élastique; dès lors, le cours de l'urine fut bien rétabli et la vie parfaitement assurée.

C'était un succès bien encourageant pour moi et bien satisfaisant pour le malade qui ne pouvait oublier que jusque là les essais tendant au même résultat avaient tous échoué, et que, dans l'idée de l'insuffisance des moyens ordinaires de cathétérisme, un des chirurgiens dont il avait reçu les soins, et dont il se louait le plus, lui avait proposé de plonger un bistouri au périnée, et de se frayer ainsi une route directe vers la partie profonde de l'urètre.

Deux jours après, je plaçai une sonde plus grosse que la première; à celle-ci en succédèrent ensuite d'autres d'un diamètre de plus en plus fort. Sous l'influence de cette pratique à laquelle j'associai l'emploi des bains, des cataplasmes et des soins hygiéniques, les urines, qui étaient purulentes et fétides, devinrent claires et naturelles; la santé générale se rétablit, les tumeurs urineuses s'affaissèrent, puis disparurent, à l'exception d'une d'entre elles qui avait son siége immédiatement au-devant de l'anus; et quant aux fistules du périnée, celle qui livrait passage à la sonde, et une seconde un peu plus antérieure et très-voisine d'elle, étaient les seules qui restassent ouvertes après un mois de traitement.

J'avais été trop bien servi par la nature, trop bien secondé par le malade, pour ne pas ambitionner plus. La pensée de restaurer l'urètre, de rétablir le cours naturel de l'urine s'était présentée à moi dès la première vue du désordre; cette pensée, que j'avais eu le temps de mûrir, devint impérieuse, et, nonobstant les difficultés de tous genres que je pressentais, je n'hésitai pas à la mettre en pratique. Je ne pouvais pas songer à remédier au mal en rapprochant les parties latérales de l'urètre: elle étaient détruites; je devais nécessairement avoir recours à l'urétroplastie. Un prépuce long, épais, qu'un phimosis congénial maintenait dans un état d'irritation habituelle, me parut propre à fournir la pièce réparatrice, et la sortie des urines par la sonde établie au périnée me sembla devoir seconder une opération si souvent contrariée par elles. Voici comment je procédai :

Je commençai d'abord par engager une bougie dans la fistule du périnée restée libre, et parvenu par l'urètre, non sans peine, jusqu'au devant du scrotum, je poussai ma bougie dans l'intérieur du gland; à cette bougie en succédèrent d'autres de plus en plus fortes, et peu de jours après, le malade se trouva dans les conditions indiquées à la *planche* LXXXII: il portait une grosse sonde à la partie postérieure de l'urètre, et une bougie d'égal volume à la partie antérieure de ce canal; la sonde plongeait dans la vessie, et sortait par une des fistules du périnée; la bougie se montrait à découvert à la fistule voisine, sous les corps caverneux, et au devant du gland.

Ces conditions établies, je fus à peu près sûr de faire sortir toute l'urine par la sonde du périnée, et de tenir ainsi la verge et la partie antérieure du scrotum parfaitement à l'abri de ce liquide. Dès lors, je me crus en mesure de pratiquer l'autoplastie, et dans la matinée du 10 janvier 1837, le lendemain du jour où l'on eut achevé de représenter à l'aquarelle l'état des parties affectées, je me mis en devoir d'y remédier. Dans ce but, assisté de MM. les docteurs Bossion, Louis et Duflot, et de M. Jacquart, interne des hôpitaux, j'embrassai la cicatrice de la verge entre deux incicions, l'une en arrière, transversale, intéressant toute la partie antérieure du scrotum, et l'autre en avant semi-elliptique, s'étendant jusqu'au gland, et se continuant sur les côtés avec les extrémités de la première; puis, à l'aide de pinces à disséquer, j'enlevai cette cicatrice en son entier, c'est-à-dire que je mis à nu toute la face inférieure des corps caverneux, et que le prépuce d'un côté et le scrotum de l'autre se trouvèrent coupés perpendiculairement à leur surface, et se regardèrent par des bords saignants. Alors je fendis le prépuce à sa partie supérieure jusqu'à la couronne du gland, je le fis glisser d'avant en arrière sur la verge, de manière à mettre son bord postérieur en contact immédiat avec le bord antérieur du scrotum, et je l'y assujettis par sept points de suture entortillée. Je mis ensuite un plumasseau de charpie enduit de cérat sur la plaie antérieure du prépuce; je plaçai une compresse trempée d'eau froide sur le trajet des sutures; j'adaptai un long tube de gomme élastique au pavillon de la sonde pour la transformer en siphon, et je tins le malade au lit, en lui recommandant la diète, l'usage intérieur d'une décoction de chiendent sucrée avec du sirop d'orgeat, et le soin de mouiller souvent la compresse destinée à modérer l'inflammation.

Tout se passa bien le premier jour; il n'y eut aucune réaction; la nuit fut calme. Le deuxième jour, il y eut un mouvement fébrile; je pensai néanmoins pouvoir me borner aux seuls moyens employés. Le troisième jour, j'appris que la nuit avait été un peu agi-

tée ; qu'il y avait eu une érection prolongée e douloureuse ; la fièvre était plus forte. Je retirai deux aiguilles, celles qui étaient placées le plus latéralement. Le quatrième jour, je reçus le même bulletin de la nuit, avec cette différence que les érections s'étaient répétées; néanmoins la fièvre avait baissé, et le malade se sentait moins fatigué. Je retirai deux autres aiguilles, les plus voisines de celle du milieu de la plaie. Le cinquième jour, la fièvre avait cessé, mais les érections avaient été encore plus fortes et plus fréquentes; je résolus de retirer le reste des aiguilles; je n'en trouvai que deux en place; celle du milieu s'était détachée en partie après avoir déchiré les chairs

A l'exception de cette partie centrale où les lèvres de la plaie s'étaient un peu éloignées l'une de l'autre, celles-ci étaient partout en contact immédiat, et semblaient s'être réunies par première intention. Du reste, l'état général était très-satisfaisant; la fièvre avait cessé ; les urines étaient belles, et sortaient toujours en totalité par la sonde-siphon du périnée. Nous avions beaucoup gagné sous le rapport de l'urètre, sans rien perdre sous les autres rapports. Dix jours plus tard, la plaie supérieure du prépuce était guérie, et l'autoplastie avait donné le résultat indiqué dans la *planche* LXXXIII. Le prépuce adhérait solidement au scrotum sur les parties latérales; mais, sur la ligne médiane il en était encore séparé, et l'on voyait la bougie à découvert dans l'étendue de trois à quatre lignes.

J'attendis quelques jours sans rien tenter de nouveau, et sans remarquer de changement notable dans l'état des parties ; puis, tout en excitant les bords de l'ouverture avec le nitrate d'argent, je cherchai à les tenir rapprochés par divers moyens mécaniques, et à favoriser par là leur réunion par seconde intention. Après de vains essais faits avec des compresses graduées, et avec des bandelettes de sparadrap, j'imaginai qu'un compresseur pourrait devenir utile. M. Charrière m'en établit un suivant mes idées : deux demi-cercles d'acier, unis par une charnière, et garnis latéralement de deux petits coussinets, venaient appuyer de chaque côté de la verge, sur les bords de l'ouverture fistuleuse, et se trouvaient rapprochés plus ou moins à l'aide d'une vis de rappel, en même temps que d'autres vis, intermédiaires aux demi-cercles et à des plaques ellipsoïdes qui soutenaient les coussinets, poussaient ceux-ci de dehors en dedans, et les maintenaient à leur tour rapprochés au degré commandé par l'état variable des parties. Cet instrument n'eut aucun résultat, malgré tous les soins donnés à son application pendant une dizaine de jours.

Je ne fus pas plus heureux avec la suture, entrecoupée ; quelques précautions que j'eusse prises en la pratiquant, les fils coupèrent les chairs, et la plaie, après son emploi, se montra plus large qu'elle ne l'était avant. Toutefois, quelques jours de repos et des pansements avec la charpie simple suffirent pour amener les choses à leur premier état.

Je me déterminai alors à rafraichir les bords de la plaie, et à les rapprocher, non plus dans le sens transversal, mais bien dans le sens opposé, comme dans la première opération, et à les tenir en rapport à l'aide de la suture entortillée.

Je fis cette nouvelle tentative avec l'assistance de MM. les docteurs Bossion, Louis et Rognetta. Je détachai le scrotum d'avec les parties subjacentes, dans une étendue de plusieurs lignes. J'appliquai trois points de suture entortillée, et je pris les mêmes précautions que la dernière fois. En outre, sur l'invitation du savant chirurgien de Naples, je prescrivis une potion fortement camphrée dans le but de prévenir les érections; mais elles n'en vinrent pas moins, et deux jours après, à la suite de l'une d'elles, l'aiguille moyenne se trouva détachée, avec déchirure des bords de la plaie. Je retirai les deux autres aiguilles. La fistule, quoique rapetissée, n'était pas guérie.

Toutefois, ce que j'avais vu précédemment me fit espérer qu'à la chute de l'inflammation, la réunion pourrait s'opérer lentement. Ce que j'attendais est arrivé, mais seulement au bout de deux mois, et après l'emploi répété de la teinture de cantharides et de la pierre infernale. Un emplâtre de sparadrap qui embrassait la verge et la tenait appliquée sur le scrotum, voilà le seul moyen contentif dont j'ai fait usage dans cette période du traitement.

La fistule antérieure fermée, je crus le moment venu de chercher à guérir celle du périnée. A cet effet, je retirai la sonde et la bougie, que jusque-là j'avais constamment laissées en place, et je me mis en devoir d'y suppléer par une sonde de gomme élastique de faible diamètre.

Celle-ci parcourut facilement le gland, le nouveau canal et la partie de l'urètre correspondante au scrotum; mais arrivée à la portion membraneuse du canal, elle se trouva arrêtée, et ce fut avec beaucoup de peine qu'à l'aide d'un mandrin je la conduisis jusqu'à la vessie.

Comme la sonde du périnée, je la convertis en siphon, en adaptant à son pavillon un long tube de gomme élastique. Je lui substituai ensuite, sans difficulté aucune, des sondes de plus en plus grosses ; de sorte qu'en une dizaine de jours, le malade put recevoir dans la vessie, par la voie naturelle, une sonde de trois lignes de diamètre, et la garder sans effort. Les fistules du périnée ne donnaient plus d'urine; mais elles laissaient suinter du pus et semblaient marcher lentement vers la guérison. Je portai la pierre infernale dans leur intérieur. Elle eut une heureuse influence, la fistule qui avait livré passage à la bougie se ferma presqu'aussitôt; celle qui avait reçu la sonde fut un peu plus longue à disparaître. Néanmoins, le vingtième jour de l'établissement de la sonde dans l'urètre, toutes les deux étaient guéries.

Je continuai à soumettre le malade à l'usage de la sonde; mais je l'affranchis de l'obligation de la disposer en siphon. Il la tenait habituellement fermée; et, la nuit, il se bornait à l'ouvrir, et à en placer le pavillon dans un urinal.

J'en étais là du traitement quand vous visitâtes Paris en septembre 1837. Le fait que je venais d'observer me parut de nature à intéresser un chirurgien qui a tant fait pour l'autoplastie; je vous en parlai, vous désirâtes voir par vous-même, et le lendemain nous nous rendîmes ensemble chez le malade. Vous vérifiâtes la restauration de l'urètre et la guérison des fistules; vous voulûtes bien m'exprimer une vive satisfaction, et vous me fîtes promettre de vous adresser la relation des circonstances qui avaient précédé, accompagné et suivi mes différents essais pour arriver au but désiré.

Toutefois, la guérison n'était pas encore parfaite. Pendant un voyage que je fus obligé de faire dans le midi de la France, le malade voulut essayer de se passer de sonde le jour, et soit effet de l'urine sur une cicatrice mal consolidée, soit action de la sonde au-devant du rétrécissement qui se montrait chaque soir vers la racine de la verge, soit tiraillement de la même partie dans des courses répétées en ville, soit déchirure par l'exercice prématuré des fonctions génitales, soit toutes ces causes réunies, il y eut une ouverture nouvelle du canal, immédiatement au devant du scrotum, à l'endroit où l'occlusion s'était fait attendre.

A mon retour, j'obligeai le malade à garder le lit, et je l'assujettis à l'usage continuel d'une sonde disposée en siphon. Je touchai ensuite à plusieurs reprises les bords de la fistule avec la teinture de cantharides; puis, voyant que ces moyens amenaient peu d'amélioration, j'essayai la suture en gousset telle que vous la décrivez, telle que vous veniez de me la démontrer : elle ne me réussit pas. Enfin j'eus recours, pour la troisième fois, à la suture entortillée, en la faisant précéder de la cautérisation des bords de la plaie avec le nitrate d'argent, et j'eus le bonheur d'obtenir, vers la fin de décembre, c'est-à-dire après quinze mois de soins, une guérison complète et durable, car elle ne s'est plus démentie, et le malade, qui ne fait plus usage de la sonde que de temps à autre, que dans le but d'entretenir le calibre du canal, a recouvré l'exercice plein et entier de ses fonctions urinaires et génitales. Le pénis, le scrotum et le périnée offrent l'aspect indiqué par la *planche* LXXXIV.

Ce fait pourrait fournir matière à bien des réflexions; je me bornerai à vous soumettre les suivantes :

Il est à remarquer d'abord que la gangrène à laquelle a donné lieu la rétention d'urine se soit établie à la partie de l'urètre antérieure au scrotum. Ordinairement la gangrène produite par une semblable cause, qu'il y ait eu ou qu'il n'y ait pas eu tentative de cathétérisme, commence dans une région correspondante à une partie plus profonde du canal, au périnée, à la marge de l'anus, dans le tissu cellulaire du bassin. Et notez qu'ici il y a eu à peine présentation de la sonde, que la mort des parties tombées a été, pour ainsi dire, spontanée.

Le bain de siége dans lequel M. C... est resté plongé pendant trois heures d'abord, dans la soirée, puis toute la matinée du lendemain, aura-t-il contribué à ce résultat? Je ne puis guère le croire, attendu que M. C... ne s'y était mis que parce qu'il n'urinait plus que goutte à goutte, et que l'effet immédiat de l'eau a été de le faire uriner abondamment; attendu encore que les bains de siége se sont toujours montrés favorables à ce malade dans le cours de son long traitement; que, par exemple, à l'époque où il est venu me trouver, il ne pouvait uriner qu'avec leur secours. Mais j'ai vu bien des fois, contrairement à l'opinion générale, les bains entiers provoquer la rétention d'urine, soit qu'ils agissent en amenant trop promptement une grande quantité d'urine dans la vessie, soit qu'ils agissent en comprimant les parois de l'urètre, en les affaissant sur elles-mêmes, en multipliant leurs points de contact, et les collant, pour ainsi dire, à elles-mêmes. Aussi suis-je devenu fort réservé dans l'emploi des bains sur les malades affectés de rétrécissements de l'urètre, et ne les employé-je guère que lorsque la voie est ouverte, et comme moyen de calmer l'irritation produite par les instruments.

Un motif différent, mais non moins réel, me rend également circonspect dans l'emploi des bains pendant la lithotritie. J'ai remarqué que la fièvre, qui succède quelquefois aux premières séances de lithotritie, s'annonce le plus souvent à la sortie du bain, et maintenant je fais prendre quelquefois celui-ci immédiatement avant le broiement, pour aider à l'ampliation naturelle de la vessie, mais jamais dans les douze heures qui suivent l'opération.

Les tentatives infructueuses faites par des chirurgiens habiles pour arriver à la vessie, et l'apparition d'une nouvelle fistule à la suite d'une de ces tentatives, n'ont rien qui doive surprendre. Tous les hommes qui ont l'habitude de traiter les rétrécissements de l'urètre savent combien, dans quelques circonstances, il est difficile de franchir certains d'entre eux, combien les fausses routes, une fois faites, sont difficiles à éviter, alors surtout qu'elles ont leur siége dans la portion courbe du canal, et qu'il existe, comme ici, des tumeurs urineuses dans les parties voisines.

L'heureux effet de l'éponge, introduite dans la fistule du périnée, me semble mériter d'être pris en considération. Deux fois déjà j'ai eu recours à ce moyen d'arriver à la vessie chez des malades atteints de rétrécissements de l'urètre avec fausses routes et tumeurs urineuses, et les deux fois je m'en suis très-bien

trouvé. Dans les deux cas, le cours de l'urine librement établi par la voie accidentelle, les tumeurs urineuses n'ont pas tardé à s'affaisser, les fausses routes se sont en partie fermées, et la voie naturelle de la vessie a pu être retrouvée et agrandie en peu de temps.

Le résultat si satisfaisant de la première urétroplastie s'explique pour moi par le soin que j'ai eu de garantir la plaie de tout contact avec l'urine, en détournant celle-ci de son cours naturel, à l'aide de la sonde placée au périnée. C'est encore là, sans nul doute, la cause du succès obtenu de la seconde suture. Les difficultés éprouvées par sir A. Cooper dans les opérations tendant au même but, celles que vous-même déclarez avoir subies dans vos différentes autoplasties sont autant de faits qui viennent à l'appui de mon opinion. Aussi suis-je bien résolu à n'essayer désormais d'autoplastie à la partie antérieure de l'urètre qu'après avoir pris la précaution d'ouvrir aux urines, dans la région profonde, une voie par laquelle elles puissent sortir sans approcher du siége de l'opération projetée. Puisse cette idée obtenir votre approbation, et mériter d'être mise en pratique par cette main à laquelle l'autoplastie doit tant de merveilles! Ce serait pour mon procédé le meilleur de ses titres à la faveur des chirurgiens.

Pour réparer l'urètre j'ai fait à peu près le contraire de ce que Galien conseille pour remédier à l'absence du prépuce. En effet, dans l'un des deux procédés dont il parle pour cette autoplastie, dans celui qui, d'après Paul d'Egine, aurait été imaginé par Antylus, la peau de la verge est incisée autour de la base du gland, puis tirée en avant et maintenue dans cette position (1).

J'ai agi aussi d'une manière opposée à celle qui a été imaginée et suivie par sir A. Cooper pour sa fameuse urétroplastie, en ce sens qu'il a pris les matériaux réparateurs en arrière, dans le scrotum dont il a détaché un lambeau, et que moi j'ai été les chercher en avant, dans le prépuce, qui a été fendu et ramené vers le scrotum. Du reste, que l'on compare les conditions dans lesquelles nous avons agi, et l'on reconnaîtra sans peine que la perte de substance à laquelle j'ai eu le bonheur de remédier, était bien autrement étendue que celle que le chirurgien anglais a réparée aux grands applaudissements de tous les hommes de l'art. Dans un cas, au plus fort de la maladie, l'ouverture fistuleuse avait *un pouce de longueur et une largeur suffisante pour admettre facilement la sonde du plus gros calibre* (1). Dans l'autre il y avait *absence complète des parois latérales et inférieures de l'urètre, à partir du gland jusqu'au scrotum.* Je ne pense pas que je serais arrivé à mon but en suivant la route tracée par l'illustre chirurgien de Londres, si surtout j'eusse, comme lui, négligé de détourner l'urine de sa voie naturelle.

Je ne parle pas de l'urétroplastie pratiquée par M. Earle. Fort belle d'ailleurs, cette opération diffère essentiellement de la mienne : elle a été faite derrière le scrotum, d'abord avec un lambeau pris sur le périnée, puis avec un lambeau emprunté à cette partie et à la cuisse gauche. Toutefois, il n'est peut-être pas hors de propos de faire remarquer que, malgré le siége favorable de l'ouverture accidentelle, malgré l'abondance des matériaux réparateurs, malgré l'habileté connue du chirurgien, il a fallu trois autoplasties successives et dix-huit mois de soins pour arriver à la guérison, et que celle-ci a été précédée de la formation d'une escarre gangréneuse au périnée (2).

Quant aux méthodes et procédés ingénieux que vous avez imaginés et décrits dans votre mémoire ayant pour titre : *Sur quelques nouvelles méthodes, pour obtenir la guérison des ouvertures contre-nature à l'extrémité antérieure et libre de l'urètre chez l'homme* (3), je vous prie de me permettre de les passer en revue avec vous, et de chercher à déterminer les rapports qui peuvent exister entre quelques-uns d'entre eux et les pratiques auxquelles je me suis livré. Ce sera d'ailleurs un moyen de montrer, à qui ne les connaît pas, les difficultés sans nombre de ces sortes de traitement.

(La fin à un prochain numéro.)

---

(1) *De reficiendis corporibus extenuatis, ac testituendis particulis quæ deficiunt.*

(1) *Œuvres chirurgicales de sir Astley Cooper*, traduction de MM. Chassaignac et Richelot, 1837, page 577.

(2) *Archives générales de médecine*, premier vol., page 102, 1825.

(3) *Gazette médicale*, 17 octobre 1836.

Le directeur de service, H. GOURAUD.

Imprimerie de Schneider et Langrand, rue d'Erfurth, 1.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 2. — FÉVRIER 1840.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

I. Considérations nouvelles sur la doctrine hippocratique (troisième et dernier article) (1).

Après avoir donné une notion générale de la vie, de la santé et de la maladie, de la fièvre et de l'inflammation; après avoir rapidement esquissé le plan d'une pyrétologie fondée sur une base vraiment physiologique, nous sommes arrivé devant la question de l'essentialité des fièvres, et au moment de nous prononcer sur un des dogmes les plus fondamentaux de la médecine hippocratique, savoir, sur les fièvres sympathiques et les inflammations symptomatiques.

Ainsi plus j'avance, plus ma tâche grandit et devient difficile. Si jusqu'ici j'ai pu non sans peine effleurer quelques sommités de la philosophie médicale, établir quelques principes de haute physiologie, formuler certaines propositions de pathologie générale, comment maintenant, en quelques pages, exposer toute une doctrine, discuter tout un système, juger toute une révolution médicale? comment affronter enfin une grande renommée, combattre ouvertement un homme puissant, surtout quand cet homme porte le nom de Broussais? Voilà pourtant ce que je dois faire si je veux suivre mon auteur dans le vaste champ où mon sujet m'entraîne. Après avoir été tant de fois remué par la critique, après avoir été exploité par des talents si divers, il semblerait que ce champ, d'ailleurs si fertile, devrait être tout à fait épuisé; cependant il n'en est rien : bien plus, nous croyons qu'il attend encore une forte main qui puisse le creuser dans toute sa profondeur, et un esprit supérieur qui ose l'embrasser dans toute son immensité. Quoi qu'il en soit, nous allons à notre tour, et sur les pas de notre auteur, hasarder un coup d'œil sur une des parties le moins explorées de ce domaine.

(1) Voir les numéros de mai et août 1839.

Toute doctrine générale, a-t-on dit, qui laissera en dehors d'elle un seul fait, est d'avance une doctrine perdue; par cette seule exclusion elle sera convaincue d'étroitesse, par conséquent de fausseté; et tôt ou tard il faudra qu'elle tombe et qu'elle soit remplacée par une doctrine plus large. C'est là l'histoire abrégée de la chute de tous les systèmes; c'est là précisément ce qui est arrivé à la doctrine dite physiologique.

Broussais arrive et s'empare d'un terrain dans le vaste champ de la science; là il enferme un certain nombre de faits particuliers qu'il rallie autour d'un fait général, mais d'un ordre secondaire, *l'irritation*. Génie puissant et hardi, il a bientôt élevé dans cette enceinte et sur cette base, un grand système qu'il croit fortifié sur tous les points et inattaquable; puis il s'écrie : Voilà la science!

Mais ce n'était pas toute la science. Bientôt quelques faits laissés dehors osèrent réclamer droit d'entrée; mais le maître les repoussa durement : il n'y avait pas place pour eux. D'autres faits survinrent et se réunirent aux premiers, puis d'autres encore; et il en arriva tant qu'ils formèrent une masse redoutable. Alors s'engagea une lutte vive et ardente qui dura environ quinze années; et à la fin, comme chacun sait, le système physiologique succomba sous le nombre des faits contraires. Cependant l'édifice longtemps battu en brèche était encore debout; on peut dire qu'il avait été forcé, mais il n'était pas ruiné. Pour cela que fallait-il? l'attaquer par la base, s'en prendre à cette *irritation* elle-même, épouvantail pour les uns, objet de superstition pour les autres, mystère pour beaucoup; en un mot, après la guerre par les faits, il fallait la guerre par les principes, science contre science, dogmatisme contre dogmatisme. Or, voilà ce que le docteur Pidoux, au nom de la doctrine hippocratique, a fait franchement et résolument.

Quiconque voudra avoir un exemple de ce

que peut la logique contre toute la puissance du génie, n'aura qu'à suivre la polémique dirigée par notre auteur contre le système de Broussais.

Où est l'idée-mère? quelle est la synthèse la plus élevée de ce système? Ecoutez :

« *La vie de l'homme ne s'entretient que par les stimulants extérieurs,* et *tout ce qui augmente les phénomènes vitaux est stimulant.* »

Il semble qu'il n'y ait rien à objecter à cette première proposition; or, accordez-la à Broussais, et toute sa doctrine physiologique, pathologique et thérapeutique est inattaquable, car Broussais est un puissant logicien, qui saura bien de ces prémisses faire sortir les plus lointaines conséquences.

C'est qu'en effet cette première proposition entraîne et nécessite tout le reste du système. — «Possibilité d'entretenir la vie d'un animal à l'aide des impondérables extérieurs, et par le moyen des sympathies (corollaire non formellement tiré par Broussais, mais découlant forcément de sa proposition),— Désessentialisation des fièvres, ou réduction des fièvres essentielles en fièvres symptomatiques de phlegmasies locales.—Génération et propagation des phlegmasies par l'intermédiaire du système nerveux. —Identité de toutes les phlegmasies, et par conséquent de presque toutes les maladies.—Proscription de la spécificité, des matières morbifiques et de l'humorisme ; négation d'un but d'activité dans les maladies, et comme conséquence, rejet de la doctrine des crises, de la nature médicatrice, etc. — Distinction des maladies, soit aigues, soit chroniques, par leur siége et leur intensité seulement, jamais par leur nature.—Uniformité et simplification de la thérapeutique en raison de toutes les conditions précédentes, etc. »

Mais aussi attaquez et annulez cette première proposition fondamentale, et remplacez-la par la suivante :

Les stimulants extérieurs fournis par la nature inorganique, étant donnés, et agissant comme condition préexistante, *la vie ne se manifeste et ne s'entretient dans l'organisme que par l'assimilation des materiaux alibiles puisés dans la nature organique.*

Et cette nouvelle proposition, en apparence si peu différente de la première, renverse toutes les propositions secondaires qui forment tout le système physiologique, et elle engendre logiquement autant de propositions correspondantes, mais contraires, dont l'ensemble constitue la doctrine hippocratique.

Et la célèbre sentence : *Qu'est l'observation, si on ignore là où siége le mal?* laquelle sert d'épigraphe à la médecine physiologique, se trouvera transformée en celle-ci : *Qu'est l'observation, si connaissant le siége du mal, on en ignore la nature?*

Voilà des assertions, essayons maintenant quelques preuves.

C'est ici le lieu de nous rappeler les principes généraux de physiologie qui ont été établis au commencement de notre précédent article, car, sans eux, il nous est impossible de faire un seul pas dans la démonstration que nous devons tenter.

D'après la subordination que nous avons reconnue entre les trois forces aussi bien qu'entre les trois grandes classes d'êtres dont se compose l'univers, la vie ou, si l'on veut, l'état d'activité des êtres organisés est soumis avant tout à l'influence des agents de la nature inorganique, savoir, le calorique, la lumière, l'électricité, etc.

Mais cette influence des stimulants généraux suffit-elle? cette stimulation est-elle la cause immédiate et prochaine de la vie, ou bien n'en serait-elle qu'une simple condition d'existence, bien que condition nécessaire? C'est au raisonnement et à l'observation de nous donner la réponse.

L'organisme vivant peut être considéré comme la combinaison d'une force et d'une portion de matière ; la vie, a-t-on dit avec raison, c'est une force incorporée. Or à cette double nature il faut pour exister et agir deux choses indispensables, savoir : une influence purement dynamique et une action toute matérielle par une incorporation incessante de substances alibiles ; d'abord des stimulants, ensuite des aliments ; là des agents impondérables exclusivement en rapport avec la sensibilité et la contractilité, ici de véritables matériaux destinés à la plasticité. Expliquons-nous davantage. A la force vitale il faut : 1° pour exister et se manifester ; 2° pour fonctionner, d'abord une condition d'existence et de manifestation ou un support, ensuite une cause prochaine ou stimulus.

La condition d'existence et de manifestation ou le *support*, c'est une portion de matière de laquelle sont inséparables ses principes d'activité physique, tels que calorique, électricité, attraction.

La *cause prochaine* chargée de déterminer la fonction (conservation de soi et de l'espèce), consiste en des matériaux alibiles, en rapport avec l'organisme qui se les approprie.

Mais l'observation apprend que cette cause prochaine ne peut déterminer l'activité fonctionnelle de la force incorporée ou de la vie, que lorsque le support est pénétré à un degré donné des principes impondérables qui la phénoménisent, savoir : calorique, électricité, etc. Ces principes ne font donc que conférer à l'organisme l'aptitude à l'action, que le mettre en état de fonctionner, mais ils ne *déterminent pas sa fonction*, laquelle réside essentiellement dans la finalité ou le but de l'action vitale. Or, par eux-mêmes, les impondérables en question sont uniquement capables de modifier les phénomènes vitaux dans leur intensité, c'est-à-dire, de les exalter lorsqu'ils sont appliqués en excès, ou de les abaisser, dans le cas contraire.

Mais l'idée de *quantité*, ou de plus et de moins *d'intensité*, ou de force et de faiblesse, ne répond pas à l'idée de *but*, c'est-à-dire, de spécificité et de nature.

La cause prochaine de la fonction ne doit

donc pas se trouver dans une influence qui n'a d'autre pouvoir que de modifier les phénomènes vitaux en plus ou en moins, d'en tendre ou d'en relâcher l'énergie, mais bien dans quelque chose qui fixe et coordonne l'emploi de cette activité, dans quelque chose qui fournisse pour ainsi dire l'aliment du but vital, qui est la conservation de l'être organisé. Or, les matériaux que les êtres vivants puisent dans les substances organiques nous offrent seuls ces caractères.

Broussais a donc ici confondu les conditions d'existence de la vie avec ses causes prochaines : et cette confusion renferme en entier le secret de ses erreurs dogmatiques et du vice bien constaté de ses conclusions pratiques.

Que l'on compare maintenant la proposition fondamentale de Broussais avec celle que nous lui avons substituée, et l'on pourra s'assurer, en y réfléchissant, qu'autant l'une est arbitraire et fausse, autant l'autre est rigoureuse et vraie. En effet, dans la nôtre, le rôle spécial des deux ordres d'agents modificateurs se trouve expressément signalé et mis en rapport avec la double nature de l'être vivant, savoir, l'action stimulante des uns, et la propriété nutritive des autres. Cela ne nous empêche pas néanmoins de reconnaître une influence stimulante dans les aliments eux-mêmes; car, par la raison que ce sont des substances organiques, ils agissent à la fois et comme stimulants et comme matériaux alibiles. Mais ce qu'il importe de remarquer, c'est qu'ici leur action stimulante est chose tout à fait secondaire, et ne donne nullement raison de leur propriété nutritive; mais cette propriété existe en vertu d'un certain rapport, d'une affinité spéciale, d'une sorte d'harmonie préétablie entre l'organisme assimilateur d'une part, et la matière assimilable de l'autre. En un mot, si la propriété stimulante de l'aliment peut favoriser sa digestibilité, il faut bien savoir que sa qualité de substance organique, et ayant déjà eu vie, constitue seule sa vertu nutritive.

Nous craignons fort que les considérations précédentes ne paraissent bien ténébreuses aux hommes positifs du jour, ou pour le moins qu'elles ne passent pour des subtilités aux yeux de quelques esprits peu familiarisés avec l'analyse physiologique. Cependant ces distinctions sont d'une telle vérité, et d'une importance telle, que pour ne les avoir ni bien senties ni formellement exprimées, ou plutôt pour les avoir abandonnées (volontairement peut-être), Broussais a inscrit au frontispice de son grand système une erreur qui seule a suffi pour le perdre et causer sa ruine.

En vain l'illustre physiologiste commence par admettre une *force vitale* tout à fait distincte de la matière; en vain il a reconnu que cette force vitale a pour premier instrument, pour instrument immatériel, la *chimie vivante*, à l'aide de laquelle elle crée des instruments matériels destinés à son propre service; que cette chimie vivante est le phénomène le plus reculé qui frappe nos sens; que la *sensibilité* et la *contractilité* sont placées immédiatement au-dessous d'elle, et ne sont que des *moyens* destinés à faire arriver la matière nutritive jusqu'à la sphère d'activité des affinités vitales; bientôt ces vérités de premier ordre sont oubliées et restent complétement stériles. Que fait le systématique? Au lieu de partir de cette chimie vivante qui crée, il part de l'irritabilité dont les instruments sont créés par elle; du phénomène le plus reculé il s'abaisse à un phénomène secondaire, du but au moyen, de la force à l'instrument, de l'ouvrier à l'œuvre; en un mot, après avoir su s'élever au sommet de la physiologie, il n'a pas la force de rester à cette hauteur : il descend un échelon, un seul échelon. De ce moment l'horizon de la science se rétrécit, le premier pas est fait dans la voie de l'erreur; alors malheur à Broussais s'il a de la logique, car il lui faudra aller jusqu'au bout, et on peut être certain qu'il ira.

Désormais la vie n'est plus à ses yeux et ne peut plus être qu'un phénomène d'irritabilité, c'est-à-dire une condensation et une expansion alternatives de la fibre animale.

La vie est un mouvement, mais un mouvement sans principe et sans but; c'est une activité vague, incertaine, et pour ainsi dire effrénée: l'aiguille aimantée qui a perdu sa direction vers le pôle, qui oscille au hasard, qui est *folle*, telle est l'image de la vie! Ou mieux encore, voyez ce tronçon de reptile que le froid engourdit, que le calorique réveille et fait tressaillir, que le galvanisme convulse, que l'opium narcotise, que l'ammoniaque irrite, voilà l'animal pour Broussais! Il est impressionné et se meut. Oui! mais pourquoi est-il sensible? pourquoi se meut-il? d'où lui viennent ces facultés et leurs instruments? questions qui sont tout dans le dogme, qui engendrent tout dans la pratique, et dont la réponse se trouve cachée derrière le côté de la physiologie que Broussais a dédaigneusement abandonné, comme des chimères aux ontologistes et aux vitalistes de l'école hippocratique, sans doute parce qu'elles ne peuvent être résolues que par eux!

Broussais, donc, malgré ses instincts franchement matérialistes, procède d'un dynamisme sans base, pour arriver à un dynamisme sans applications; il n'a ni point de départ ni but, ou plutôt son point de départ est arbitraire, et son but illusoire; sa doctrine, semblable à un cercle, paraît n'avoir ni commencement ni fin, tandis que ceux que pendant vingt ans il n'a cessé de combattre et de railler, placés qu'ils sont au point de vue : 1° d'une cause première créatrice et de la création, 2° de la distinction et de l'antagonisme des forces et des lois de la nature, 3° de l'harmonie universelle, sont les seuls qui peuvent véritablement commencer par le commencement, et finir par la fin.

Mais, entends-je se récrier autour de moi, ces accusations portent à faux: Broussais avait pénétré aussi bien et mieux que vous et que personne le mouvement vital et compris quel est son

principe et quel est son but. Je n'accuse pas l'intelligence de Broussais. Sans doute ce but était dans sa pensée tout aussi bien que ce principe; car cela est une affaire de sens commun, une véritable trivialité; car cela se réduit à dire, que pour vivre il faut un aliment, et que la nutrition, c'est la vie.

Mais cette vérité de sens commun n'en est pas moins en dehors de la formule génératrice du système, et pourtant il ne fallait pas avoir honte de l'y énoncer; car j'affirme qu'elle était nécessaire, et tellement nécessaire, que si Broussais avait été plus explicite dans son premier principe, ou moins conséquent dans les déductions qu'il en a fait sortir, il cessait à l'instant d'être lui-même; le dynamiste systématique devenait un vitaliste de la bonne école, et l'Asclépiade moderne passait à la postérité avec le titre glorieux d'Hippocrate français.

Que si la vie normale se résume dans un acte d'excitation, la vie anormale ne peut pas être un acte d'une autre nature. En effet, pour Broussais la maladie n'est que la sensibilité et la contractilité, soit augmentées, soit diminuées; la pathologie aussi bien que la physiologie a pour base une faculté de second ordre; dans l'homme souffrant, il n'y a qu'irritabilité en plus ou en moins, mais presque toujours en plus, et dès lors la célèbre doctrine méritait d'être appelée la *doctrine de l'irritation*, nom fameux contre lequel réclamait avec humeur le grand systématique, comme s'il eût pressenti que ce nom dût rester attaché à son œuvre pour son éternelle condamnation !

Non certes, il faut le dire et le répéter bien haut, la vie n'est pas, ne peut pas être un pur phénomène d'excitation, un simple mouvement de la matière; non, la fibre animale ne se meut pas uniquement pour se mouvoir, mais elle est mise en mouvement par un principe et dans un but. Or ce principe ou stimulus, c'est une matière nutritive, un aliment; et ce but, c'est l'assimilation, l'incorporation de cet aliment, ou en d'autres termes, la transformation d'une matière organique en matière vivante.

Tel est le *but* immédiat de la vie, qui lui-même n'est qu'un *moyen* par rapport à un but définitif plus relevé que reconnaît la philosophie, que consacre la morale.

En résumé, dans la doctrine des facultés primitives, telle qu'elle a été nettement formulée par le docteur Pidoux, la sensibilité et la contractilité ne sont rien autre chose que des *moyens* vis-à-vis d'un but, qui est la *plasticité* (chimie vivante de Broussais); et c'est dans cette faculté primordiale, véritable expression de la vie ou de la force vitale, que la doctrine hippocratique puise son premier principe; et c'est sur cette base inébranlable qu'elle asseoit la physiologie et la pathologie.

Cette conclusion est, si l'on veut bien se le rappeler, exactement identique à celle que nous avons obtenue par l'analyse que nous avons faite précédemment de l'organisme tout entier, savoir : que toutes les fonctions spéciales ne sont que des moyens, que des instruments au service de la nutrition, qui est véritablement la fonction par excellence de l'être vivant, et qui forme la fin et le but de toutes les autres. En sorte que Broussais, en prenant l'irritabilité pour base de son système, a commis en matière de physiologie générale, exactement la même faute que celui qui ferait résider essentiellement la physiologie spéciale, non pas dans la nutrition, mais dans telle ou telle fonction secondaire, comme la digestion ou la circulation. Or en pathologie, c'est malheureusement ce qui est encore arrivé à Broussais et aux médecins de son école, comme nous l'avons assez fait sentir en traitant la question de la fièvre.

Le vice de la première proposition de la doctrine physiologique a échappé, et pourra échapper longtemps encore, par la raison que tout le monde est porté instinctivement à la rectifier et à la compléter, et qu'il n'entrera jamais à l'esprit de personne de la prendre rigoureusement à la lettre, et d'en conclure que l'animal puisse vivre à l'aide des seuls stimulants extérieurs, et se nourrir avec du calorique, de l'électricité, de la lumière, etc.

Mais cette rectification si simple, si naturelle en physiologie n'a nullement été faite quand on a abordé la pathologie. Si, d'un commun accord, la nutrition exige pour s'exercer un aliment matériel, une substance assimilable, l'inflammation a été à peu près unanimement regardée comme un excès de stimulation, une augmentation pure et simple de *l'irritabilité*; c'est-à-dire que ce qui était impossible, faux et absurde dans la vie normale, a passé pour une chose naturelle, vraie et incontestable dans la vie anormale. Voilà sans aucun doute l'erreur radicale de la doctrine physiologique; voilà la source qui a empoisonné toute la médecine; voilà ce qui a faussé toute l'étiologie, ce qui a engendré les idées vicieuses de Broussais sur les sympathies morbides, et, comme conséquence, la localisation des fièvres, la génération et la propagation des phlegmasies par la voie du système nerveux, en un mot, la doctrine des fièvres sympathiques et des inflammations symptomatiques telle que nous la voyons régner à peu près généralement.

Et cependant, si l'on veut bien y réfléchir, l'inflammation est exactement à la pathologie ce que la nutrition est à la physiologie.

Pour comprendre et accepter cette grande vérité, deux choses principales, que nous n'osons espérer, seraient nécessaires : il faudrait que chacun fût pénétré comme nous du dogme fondamental de la physiologie : l'unité vitale et que ce dogme apparût à tous les yeux dans toute sa clarté, sa lumière et sa fécondité; il faudrait ensuite qu'on voulût bien se rappeler le principe de notre classification pyrétologique, et qu'on se persuadât bien que si (dans la vie organique) l'échelle physiologique commence à la digestion stomachale, et se termine à la nutrition interstitielle, qui a pour organe le tissu cellulaire ou la trame primitive; l'échelle pyrétologique

commence à la fièvre gastrique, et finit à l'inflammation, qui a également pour siége le tissu cellulaire, c'est-à-dire, en d'autres termes, que les différentes espèces de *fièvres* occupent exactement dans l'ordre pathologique, le même rang que les diverses fonctions *spéciales* dans l'ordre physiologique, de manière que l'inflammation placée au dernier échelon de la pathologie, est un fait entièrement parallèle à la nutrition; leur siége est le même, leur cause prochaine seule est différente, et nécessite un but immédiat différent; mais tout autre que soit le principe ou stimulus, il ne cesse pas d'être une substance matérielle; d'un côté c'est un aliment, de l'autre une matière morbifique.

En résumé, l'inflammation est aussi bien que la nutrition, une véritable fonction, c'est-à-dire une série de phénomènes dirigés vers un but déterminé; d'une part l'assimilation d'une substance alimentaire, de l'autre l'élimination d'une matière morbifique.

Mais l'inflammation est une fonction pathologique *accidentelle*; ce qui ne signifie pas, comme l'ont objecté quelques critiques peu sérieux, qu'il y ait par ce seul fait un organe sur-ajouté dans l'économie, mais cette fonction est accidentelle en ce sens que la fonction normale a un but nouveau, une fin accidentelle, voilà tout.

Bien que nous ayions plutôt indiqué que développé les arguments généraux à l'aide desquels notre auteur est arrivé à la démonstration la plus complète qui se puisse donner dans une science telle que la médecine, nous nous croyons suffisamment autorisé à proclamer la nécessité d'un stimulus matériel pour la production de l'inflammation.

Mais la question de droit une fois jugée, resterait à étudier et discuter la question de fait, et à prouver expérimentalement la réalité des matières morbifiques, leur mode de génération et de dissémination, c'est-à-dire qu'en ce moment nous avons devant nous l'étiologie tout entière, la partie de la pathologie actuellement la plus inconnue et la plus arriérée, précisément parce qu'elle est la plus importante; ainsi du moins le pensaient les anciens qui avaient porté sur ce point toute leur attention, et fait sur les causes véritables des maladies de si profondes études aujourd'hui oubliées, ou plutôt ridiculisées comme les rêveries de la médecine humorale. Ce sujet est trop vaste pour que j'ose l'aborder en ce moment; il mérite de faire l'objet d'un travail particulier : qu'il me suffise de marquer ici sa place. Je ferai seulement remarquer que les matières morbifiques proviennent de deux sources distinctes : les unes arrivent du dehors, les autres sont engendrées au sein même de l'organisme. Celles qui viennent du dehors sont en général faciles à saisir, et ne sont guère contestées par personne; ainsi les corps vulnérants, les agents physiques et chimiques, les liquides irritants, putrides ou autres, soit injectés directement dans les vaisseaux, soit introduits accidentellement dans les premières ou les secondes voies, les différents venins ou virus inoculés ou absorbés, enfin toutes les matières hétérogènes si nombreuses, qui, mises en contact avec les différentes surfaces de rapport, peuvent pénétrer dans l'intérieur de nos organes, se mêler à nos humeurs et les altérer. Viennent ensuite les matières indigènes, ou engendrées dans le sein même de l'organisme: tels sont les divers produits de sécrétion soit normale soit anormale, les humeurs excrémentitielles retenues ou résorbées, les liquides provenant des différentes voies dépuratives qui ont été accidentellement fermées, soit d'une manière brusque et instantanée, soit d'une manière lente et graduelle. Enfin se présente la grande et difficile question des diathèses, ou altérations lentes et obscures dans la mixtion de nos humeurs, qui ont leur source dans l'hérédité, ou qui sont amenées par degrés presque insensibles, soit par un régime particulier, soit par l'influence encore mal connue ou mal appréciée des nombreux matériaux de l'hygiène. Certainement cette dernière partie de l'étiologie est encore fort peu avancée : les anciens nous ont mis sur la voie, mais voilà tout. Ici des recherches nouvelles nous paraissent très-nécessaires, et nous sommes bien persuadés que les travaux chimiques et micrographiques qui préoccupent en ce moment grand nombre d'observateurs, devront trouver ici leur place; mais pour être vraiment utiles, et pour porter tous leurs fruits, il importe que ces travaux soient éclairés et dirigés par des notions de pathologie générale, et non pas exécutés au hasard, et dans un but de pure curiosité.

Maintenant supposez l'organisme dans les différentes conditions de vitalité où il peut se trouver, et voyez-le en contact, soit naturellement soit artificiellement avec ces nombreuses matières morbifiques, et l'observation aussi bien que l'expérimentation va reproduire ou faire passer successivement sous vos yeux toute la série des fièvres et des inflammations que peut nous présenter le cadre nosologique, depuis la fièvre traumatique jusqu'aux fièvres exanthématiques, et toutes les phlegmasies de cause interne, depuis la pneumonie jusqu'à l'inflammation rhumatismale et goutteuse. Toujours alors, en ayant les yeux fixés sur la cause prochaine ou matérielle, il vous sera possible de vous expliquer la nature de la maladie, ici franche, là spécifique : dans toutes, depuis la pneumonie traumatique jusqu'à la variole et à la goutte, la théorie sera aussi facile à concevoir, car dans toutes le mécanisme qui les produit et les engendre est absolument le même, les lois exactement identiques. Mais vous comprendrez que les phénomènes devront être très-variables, suivant le caractère propre et la nature spéciale de chacune des causes morbides qui seront aux prises avec les lois vitales.

Les esprits exercés à tirer d'un principe toutes les conséquences qu'il renferme pourront peut-être maintenant, sinon approuver,

au moins comprendre l'assertion émise au commencement de ce travail, savoir : que la ruine de la première proposition formulée par Broussais, doit nécessairement entraîner le reste du système. Mais ceux qui ne se sentiraient pas la force ou la volonté de faire ce travail de déduction qui assurément, ne manque pas de difficultés, pourront recourir avec avantage au livre de M. Pidoux, qui leur donnera à ce sujet des développements capables de satisfaire les plus exigeants et les plus difficiles.

Les médecins peu nombreux aujourd'hui, qui, réfractaires à la prétendue réforme pyrétologique, croient encore aux fièvres essentielles, puiseront là bon nombre d'arguments nouveaux pour légitimer et fortifier leur croyance. Les preuves ne leur manqueront pas quand il s'agira de démontrer combien il est anti-physiologique de faire voyager l'irritation par la voie des sympathies, c'est-à-dire le long des cordons nerveux; que l'irritation est inamovible comme les organes dans lesquels elle réside, que les stimulus producteurs de l'irritation sont seuls susceptibles d'être déplacés, que ces stimulus sont toujours nécessairement matériels et ne peuvent être transportés d'un organe à un autre que par la voie de la circulation; que l'inflammation, aussi bien que la nutrition, exige toujours pour se développer la présence immédiate d'un *stimulus matériel*, d'une matière morbifique, quelle qu'elle soit; qu'en conséquence:

L'irritation ou l'inflammation est toujours idiopathique ou essentielle, et jamais sympathique.

Il pourrait même arriver que quelques-uns de ceux à qui le dogme de l'essentialité des fièvres répugne, en vinssent par suite d'un peu de réflexion, à concevoir quelques doutes, et à s'avouer tacitement que jusqu'alors ils n'avaient pas parfaitement compris ce qu'est en réalité cette essentialité tant proscrite, et peut-être même à reconnaître de bonne foi qu'ils ont été, en compagnie de bien d'autres les jouets de la plus étonnante déception qui se soit vue en médecine.

Enfin, après avoir suivi cette longue argumentation, plus d'un lecteur rendra cette justice à M. Pidoux, qu'en discutant contre Broussais il a su le combattre comme le méritait un pareil adversaire, c'est-à-dire avec force, dignité, indépendance, et l'on pourra remarquer surtout qu'au lieu de le chicaner sur quelques points de détails, de relever quelques erreurs sans importance ou faciles à corriger, notre critique a demandé compte au système de son principe générateur; en un mot, qu'il ne s'est pas amusé comme tant d'autres à jeter des pierres dans les girouettes, mais qu'il a attaqué l'édifice par les fondements. L'entreprise était hardie et difficile, nous laisserons à d'autres le soin de prononcer quel en a été le succès.

Affections spontanées.

A ceux que ce titre pourrait choquer, nous donnerons tout d'abord une petite explication. Une maladie *spontanée* n'est pas le moins du monde une maladie sans cause, et je ne sache pas que personne ait jamais prétendu une pareille absurdité. Le mot *spontané* est un mot consacré par l'usage dans toutes les sciences, et ici, au lieu du non-sens qu'on lui prête gratuitement, il renferme à nos yeux une haute question de philosophie médicale, c'est-à-dire la question de la *spontanéité vitale*.

Cependant il nous importe d'avertir ici que ce mot n'a pas pour tous la même signification : ainsi quelques médecins d'aujourd'hui entendent par maladie spontanée toute maladie de cause interne par opposition à la maladie de cause externe ou traumatique. Il y a certainement là une question intéressante d'étiologie et de pathogénie à étudier; mais sous cette formule elle a le tort de laisser beaucoup de place à l'arbitraire. Pour nous ce mot va recevoir une acception plus précise et un sens plus limité et que nous croyons plus juste.

La théorie des affections spontanées est un sujet à peu près neuf en pathologie; M. Pidoux est, à notre connaissance, un des premiers qui aient osé poser le pied sur ce terrain glissant : aussi ce n'est pas une précaution inutile que de prévenir nos lecteurs que la notion générale de ces maladies est chose très-difficile à rendre lucide et à transmettre, et plus difficile encore à faire accepter.

Cependant la physiologie va encore venir ici à notre aide. Si déjà elle nous a donné la racine des maladies synergiques, essentielles ou avec matière, il faut encore que nous trouvions dans son étude la clef des maladies *spontanées*, ou non synergiques, nerveuses ou sans matière. Pour nous faire mieux comprendre nous allons choisir un exemple dans une fonction physiologique, et si l'on veut dans la chymification.

Il faut se rappeler que la vie est représentée par trois facultés élémentaires : sensibilité, contractilité, plasticité. Or, supposons l'estomac recevant son stimulus normal, l'aliment, et jouissant de toute son aptitude pour sa fonction propre. A l'aide de ces deux facultés inhérentes à tout tissu ou tout organe vivant, l'estomac s'applique en quelque sorte sur la matière nutritive, la travaille, et la convertit en une pâte chymeuse, qui bientôt va être soumise dans l'intestin grêle à une nouvelle élaboration, puis à l'absorption pour être distribuée à tous les parenchymes : voilà un acte de plasticité, voilà une *synergie physiologique*.

Mais bien avant qu'il y ait encore la moindre parcelle de chyle formé et absorbé, l'observation démontre, et personne de nous ne l'ignore, que l'organisme tout entier a déjà éprouvé un vif sentiment de bien-être et de refocillation.

C'est qu'ici, au moyen de l'unité de la force vitale, qui associe toutes les parties à l'ensemble, et l'ensemble à toutes les parties, il s'est opéré, de l'estomac sur tout le

système nerveux, et par son moyen sur toute l'économie, des manifestations soit simultanées soit isolées de la sensibilité, de la contractilité et de la caloricité; mais qu'on y prenne garde; jusqu'ici, faute de stimulus matériel ou de chyle, il n'y a pas encore acte de plasticité dans les parenchymes ou d'assimilation interstitielle : voilà des actes de consensus ou de *sympathie physiologique*.

Mais que l'estomac au contraire vienne à être privé pendant un certain temps de son stimulus normal, personne de nous n'ignore les phénomènes divers, les sensations nombreuses qui sont le résultat de cette privation, mais tous phénomènes, toutes sensations qui se réduisent encore, en dernière analyse, à des troubles de la sensibilité, de la contractilité, de la caloricité. Eh bien! la faim, c'est-à-dire l'appétence de l'aliment, nous représente, par ces manifestations diverses, un acte de *spontanéité vitale physiologique*.

D'après l'exemple que nous avons choisi dans la fonction digestive, et tous ceux que nous pourrions choisir dans les diverses autres fonctions, en physiologie les actes de spontanéité révèlent un besoin à satisfaire et semblent appeler le stimulus normal pour être soumis à la force assimilatrice.

Est-ce à dire que dans la spontanéité morbide l'organisme devra révéler le besoin de stimulus anormaux placés en dehors de lui? Non certes, cela serait absurde.

Cependant ces stimulus anormaux existent, mais c'est au sein même de l'organisme; ils existent, mais dans un tel état d'atténuation, et pour ainsi dire en quantité si infinitésimale, que dans cette circonstance ils agissent, non par leurs qualités matérielles, mais à la manière des agents dits impondérables, et qu'en conséquence ils ne peuvent affecter l'organisme que dynamiquement, c'est-à-dire dans ses actes de sensibilité, de contractilité et de caloricité, mais non de plasticité. Prenons un exemple.

Un individu a été soumis à l'inoculation variolique; après quelques jours vous voyez l'atome de virus inoculé traduire sa présence par tous les symptômes connus de la période dite d'*incubation*: ainsi le malaise, la céphalalgie, les douleurs erratiques, l'inappétence, l'insomnie, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, etc., c'est-à-dire par des troubles nombreux de la sensibilité et de la contractilité : voilà des phénomènes de *spontanéité morbide*.

Mais après trois ou quatre jours de durée, quand le virus varioleux semble s'être multiplié à la manière d'un levain, et par une sorte de fermentation pathologique avoir infecté toute la masse du sang et des humeurs, quand il semble en un mot que la matière morbifique de *latente* qu'elle était dans le principe, est devenue bien réelle et matérielle, ou plutôt susceptible d'agir par ses qualités matérielles et irritantes : dès lors un grand frisson apparaît, la fièvre se déclare, les phénomènes purement spontanés ou nerveux cessent en tout ou en partie, et la fonction pathologique commence : de spontanée qu'elle était primitivement, l'affection est devenue synergique ou essentielle, et chacun sait comment marche et se termine la fièvre varioleuse.

Cette période d'incubation ou de *spontanéité* morbide est très-marquée dans la plupart des maladies virulentes, exanthématiques, spécifiques : tout le monde la reconnaît, tout le monde en a constaté les phénomènes si caractéristiques; mais personne cependant, au moins que je sache, n'avait encore essayé de chercher sa théorie, c'est-à-dire de déterminer le mode étiologique, la loi et la signification des divers phénomènes qui constituent cette période.

C'est encore un fait d'observation bien connu que des phénomènes précurseurs analogues existent bien souvent au début de la plupart des *phlegmasies aiguës* de cause interne et dans ce groupe de maladies qui a reçu le nom de fièvres essentielles, mais ici cette période d'incubation est ordinairement assez courte, souvent de quelques heures : quelquefois cependant sa durée est de plusieurs jours, surtout dans certaines fièvres typhoïdes.

Mais c'est dans les maladies chroniques que nous pouvons surtout observer la spontanéité morbide. En effet, ici la période d'opportunité est très-longue, elle dure souvent des années entières, souvent elle est coupée par des intervalles de santé plus ou moins parfaite. Mais il faut le dire, la longueur même de cette période, qui semblait devoir donner le temps de la suivre et de la bien étudier, est précisément la cause qui l'a fait méconnaître de la plupart des pathologistes; ce résultat est d'ailleurs moins étonnant, si l'on réfléchit que la mort arrive assez souvent au milieu même de cette période d'opportunité, c'est-à-dire quand le patient ne faisait encore qu'éprouver des phénomènes dits nerveux, et avant l'apparition d'aucune lésion organique, etc.

Ainsi donc, quand nous disons que des phénomènes pathologiques sont *spontanés*, nous ne voulons pas dire qu'ils existent sans cause, pas plus que les phénomènes physiologiques fournis par un estomac affamé ne sont pour nous des phénomènes sans cause; mais ils sont dits spontanés parce que de part et d'autre ce sont des expressions instinctives par lesquelles la spontanéité vitale manifeste ici un besoin physiologique, là un besoin pathologique, ou si l'on craint de se prononcer catégoriquement, nous dirons une *influence* anormale quelconque.

En physiologie ces manifestations vitales spontanées s'appellent des *appétits*; en pathologie, des *opportunités* lorsqu'elles forment le prélude des maladies aiguës, et des *affections* lorsqu'elles précèdent les maladies chroniques ou qu'elles les constituent.

Il n'y a de différence entre les phénomènes de l'opportunité des maladies aiguës et ceux qui précèdent les maladies chroniques que dans la durée très-courte dans les premières,

très-longue dans les secondes. Le rapport paraît moins évident dans le second cas, à cause de la longueur même de l'intervalle qui sépare les deux périodes, mais un esprit attentif et exercé à saisir les rapprochements dans les faits pathologiques, ne pourra pas méconnaître la réalité de ces rapports et de ces affinités, et surtout leur importance pratique.

Ainsi, combien de phénomènes pathologiques qui, pour la plupart des médecins, sont tout-à-fait sans cause, sans signification aucune, et qui, étudiés du point de vue de la spontanéité morbide, sont susceptibles d'une interprétation rationnelle qui a l'avantage de conduire le médecin à une prophylaxie et à une thérapeutique.

Voyez les gastralgies, les palpitations nerveuses, la dyspepsie, l'asthme spasmodique, les mille et une formes de l'hypochondrie, etc.; en un mot, la nombreuse famille de ces névroses, de ces névralgies qui viennent sans cause extérieure appréciable, disparaissent de même, se transforment les unes dans les autres; combien de fois n'aboutissent-elles pas soit à une lésion organique incurable, soit à une dermatose quelconque, à quelque hémorragie, à un flux quelconque, etc.; en un mot à une maladie chronique plus ou moins grave, mais presque toujours réfractaire, et qui ne peut être guérie ou supprimée sans grand danger pour la vie. Voilà de ces observations que la pratique des anciens avait consacrées, que la médecine superficielle de notre époque a presque entièrement oubliées, mais que tout observateur attentif et dégagé de préjugés retrouvera journellement dans sa pratique, et cela au profit de la science et au grand avantage de ses malades. Qu'on veuille bien étudier la migraine sous ce point de vue, et l'on s'assurera combien cette affection si tenace, si rebelle à tout traitement est souvent le signe avant-coureur d'une maladie grave, comme d'un cancer de l'utérus, des mamelles, de l'estomac, survenant vers l'âge critique.

Ce sujet, tel que nous venons de le présenter, n'est à nos propres yeux qu'une très-grossière ébauche, et nous avons presque regret de n'y avoir touché que pour en montrer le côté le moins avancé, le moins satisfaisant pour nous-même, c'est-à-dire le côté théorique et spéculatif. Certainement la science a encore ici beaucoup à faire. Cependant nous nous adressons avec confiance aux véritables médecins, et nous osons les prier de ne pas repousser dédaigneusement cette question de haute théorie médicale, parce que derrière elle se trouve à coup sûr une des questions les plus intéressantes de la thérapeutique et de la cliniqne.

IV. — *Thérapeutique générale.*

En entreprenant ce travail, notre intention était de le terminer par une exposition des principes les plus généraux de la thérapeutique, qui devaient découler comme conséquences naturelles des principes de physiologie et de pathologie précédemment établis. Mais entraîné par notre sujet plus loin que nous le pensions nous-même, nous n'avons plus l'espace nécessaire pour remplir convenablement cette dernière partie de notre tâche, et plutôt que de présenter ici quelques considérations tronquées et insuffisantes, nous préférons prendre un ajournement.

Quoi qu'il en soit, nous prions nos lecteurs de ne pas se méprendre sur nos véritables sentiments, et de ne pas attribuer cette lacune à une indifférence pour la thérapeutique, qui est bien loin de notre pensée. En effet, personne plus que nous ne gémit du discredit où est tombée de nos jours cette branche vraiment capitale de la médecine, et nous sommes de ceux qui protestent de toutes leurs forces contre la malheureuse tendance qui porte la plupart des médecins de l'école régnante à étudier la médecine, plutôt comme un objet d'histoire naturelle que comme une science d'application. Après tout, la médecine n'a pas pour but de connaître et de classer les maladies, comme le disait le nosographe Pinel, mais son but véritable est de les traiter et de les guérir. La nosographie a absorbé notre époque, et cependant en définitive, qu'est-elle pour la médecine-pratique? ce qu'est la botanique pour l'agriculture, et rien de plus Pour nous donc la véritable médecine est dans la thérapeutique, car c'est là le but, tout le reste n'est qu'un moyen pour y arriver.

Cependant, si nous ne pouvons développer nos conclusions pratiques, il nous sera permis de présenter ici quelques considérations générales sur deux chefs principaux de la doctrine hippocratique qui dominent toute la thérapeutique savoir : sur ce qu'on doit entendre par *expectation* et par *nature médicatrice* dans les maladies.

Contrairement à un préjugé à peu près général, l'expectation hippocratique ne signifie nullement l'inaction. Sans doute l'expectation du fondateur de la médecine n'avait pas toute l'activité possible, mais pouvait-il et devait-il en être autrement? A cette époque reculée qui nous représente le berceau de la science, la première chose à faire sans contredit, était d'étudier la marche naturelle des maladies, de suivre ces opérations dans toutes leurs phases, de reconnaître toutes les circonstances qui peuvent les modifier dans leur cours, en un mot d'observer attentivement l'ordre de succession des phénomènes, pour arriver à saisir leur loi de génération, afin de pouvoir intervenir ensuite, non d'une manière empirique et aveugle, mais d'une manière vraiment scientifique et rationnelle. Aujourd'hui que cet ordre de succession nous est mieux connu, et que dans un grand nombre de cas nous sommes parvenus à connaître la loi génératrice des phénomènes morbides, notre expectation peut être et doit être plus active qu'au temps du père de la médecine, sans qu'au fond cependant elle cesse d'être la méthode hippocratique, par la raison qu'elle n'a pas cessé d'être éclairée par cette haute pensée philosophique, qui a sa formule la plus générale dans la *nature médicatrice*. Mais qu'est-ce que la nature médicatrice? quel

sens précis faut-il donner à ces mots si souvent répétés, et, nous osons le dire, si souvent profanés. Nous allons exprimer franchement notre pensée à ce sujet.

La force vitale inhérente aux êtres organisés doit être considérée dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Or, nous l'avons dit bien des fois, elle a pour but, en santé, l'assimilation des substances nutritives, et dans la maladie l'élimination des matières nuisibles, et quand il y a lieu, la réparation des tissus ou organes lésés; et le résultat de cette double action, c'est la conservation de l'organisme vivant. Ainsi donc, il n'y a pas une bonne nature pour l'homme bien portant, et une autre bonne nature pour l'homme malade; c'est la même force dans les deux cas, une force qui change de nom il est vrai, mais qui ne change pas de but, le moyen dont elle se sert pour y arriver est seul différent, par la raison qu'elle agit dans des circonstances différentes. Si l'assimilation des substances nutritives est réalisée, la force vitale est dite *conservatrice*, si l'élimination des matières morbides est possible et se trouve effectuée, la force est dite *médicatrice*, voilà tout.

La nature médicatrice, et la maladie considérée comme fonction, sont donc deux choses corrélatives au point de vue hippocratique, et ceux qui se révoltent contre l'idée de fonctionnalité attribuée à la maladie, ou comprennent mal la pensée des médecins hippocratistes, ou ne savent pas se servir de la physiologie pour éclairer la pathologie. Nous définissons la fonction en général un acte ou une série d'actes tendant à une fin déterminée. Or si la vie en passant de l'état de santé à l'état de maladie nous offre évidemment des actes ayant ce caractère, pourquoi se refuser à appeler les actes morbides des fonctions? C'est vouloir jeter un abîme entre la pathologie et la physiologie, qui ne sont réellement séparées que par la différence des stimulus ou causes prochaines. Mais la nature de ces causes amène ici une particularité remarquable, c'est que si nous connaissons à peu près autant de maladies aiguës que de maladies chroniques, nous observons au contraire que la plupart des fonctions physiologiques ont une marche rapide, et pour ainsi dire aiguë, et s'accomplissent ou en quelques minutes ou en quelques heures, quelquefois cependant en plusieurs jours.

Cependant il est une fonction qui a une chronicité bien notable, c'est la grossesse; et il va nous être possible de puiser dans son étude et dans son rapprochement avec certaines maladies d'utiles enseignements pour la question qui nous occupe. La durée de cette fonction nous présente une fixité remarquable, mais variable suivant les espèces. Or, il est facile de trouver dans la grossesse chacune des grandes périodes qui caractérisent toute fonction soit normale soit pathologique. Ainsi la période d'invasion est évidemment représentée par le moment de la conception; puis vient la période d'accroissement, où le produit renfermé dans la matrice, est soumis à une sorte d'élaboration; à sept mois révolus où l'enfant est viable, commence la période de maturation, mais ce n'est qu'à neuf mois que le fruit est arrivé à sa pleine maturité, et qu'apparaît la dernière période ou l'expulsion du produit de la conception, sorte de crise physiologique qui a reçu le nom de *parturition*. Comme celle-ci est elle-même constituée par une série d'actes particuliers, elle peut être également envisagée comme une fonction spéciale qui a ses phases caractéristiques depuis la période d'opportunité et d'invasion jusqu'à la crise définitive ou la sortie du fœtus.

Eb bien! raisonnons maintenant sur cet exemple qui doit par sa nature frapper tous les esprits. La parturition, malgré les violentes douleurs qui l'accompagnent, constitue évidemment une fonction normale et physiologique; bien plus, ces douleurs elles-mêmes ou plutôt les contractions de la matrice, dont elles sont un effet et un signe, constituent le moyen le plus indispensable employé par la nature pour arriver à son but, savoir : l'expulsion de l'enfant.

Or, je soutiens maintenant que toute maladie synergique (fièvre ou inflammation), peut à aussi bon droit être appelée une fonction. Au point de vue de la physiologie et de la pathologie générale, la différence capitale qui existe entre la grossesse et une fièvre exanthématique d'une part, entre la parturition et une phlegmasie locale de l'autre, consiste essentiellement dans la diversité de la cause prochaine de ces actes si distincts, c'est-à-dire dans le principe matériel spécial qui doit être d'abord élaboré, puis éliminé, là un ovule fécondé, ici une matière morbifique quelconque; d'où la différence si remarquable dans les phénomènes, dans la marche, la durée, etc., qui caractérisent chacune de ces opérations synergiques. Cependant, dans l'un comme dans l'autre cas, un esprit attentif ne pourra méconnaître un effort conservateur ou médicateur, au moins quant au but où tend essentiellement la nature.

Mais ici vient une objection. Comment oser trouver une fonction dans une fièvre exanthématique ou dans une phlegmasie locale qui en définitive peut emporter et emporte souvent le malade, là par l'intensité de la réaction fébrile, ici par la suppuration, la gangrène? Voici la réponse. Cesserez-vous d'appeler la grossesse une fonction parce qu'elle amène avec elle tant de troubles dans la santé et qu'elle s'accompagne de tant d'accidents divers? Cesserez-vous d'appeler l'accouchement une fonction, parce que, dans les efforts violents qu'il nécessite, on voit quelquefois s'opérer une rupture de la matrice, qui vient mettre obstacle à la sortie naturelle du produit de la conception, et qui peut occasionner à la fois la mort de la mère et de l'enfant? Non certainement. Vous regarderez tous les accidents de la grossesse, spasmes, convulsions, hémorrhagies, etc., comme liés à la

fonction elle-même ; bien plus cette rupture de matrice vous attestera d'une manière certaine que l'organe travaillait à l'expulsion du fœtus, à l'accomplissement de sa fonction dernière. D'un autre côté, ces différents faits nous apprennent une chose dont il est important de se bien pénétrer; c'est que ni dans la grossesse, ni dans l'accouchement, où le but est si évident, pas plus que dans telle fièvre ou telle inflammation où le but est le plus généralement méconnu, la nature n'agit à la manière d'une force intelligente qui saurait proportionner ses efforts et les diriger suivant les degrés de résistance, de force ou de faiblesse des instruments par lesquels elle opère. Mais elle suit des lois constantes et invariables, et malheur à l'organe ou à l'organisme, si l'un ou l'autre se trouve actuellement dans de mauvaises conditions : car, dans l'accomplissement même de la fonction, il pourra survenir bien des accidents, la mort même, sans que la nature puisse être accusée; car elle n'est ni prévoyante ni libre, et par conséquent elle n'est pas responsable.

En pathologie, aussi bien qu'en physiologie, c'est le but déterminé à l'avance d'une manière générale qui constitue essentiellement la fonction : le résultat heureux ou malheureux, observé dans les cas particuliers, n'y peut rien changer. Quand un principe morbide quelconque a été introduit dans l'organisme et vient par sa présence compromettre la santé ou la vie, des lois vitales existent en vertu desquelles toute matière étrangère doit être, à la suite d'une élaboration particulière, soit neutralisée, soit éliminée : la conservation de l'organisme est à ce prix. Mais, dira-t-on, ne vaudrait-il pas mieux que la nature s'abstînt de ces efforts de réaction, puisque souvent le remède peut être plus dangereux que le mal? A merveille! mais la nature dans l'accomplissement des lois auxquelles elles est soumise ne prévoit ni le bien ni le mal, c'est notre esprit seul qui lui prête des intentions que nous jugeons par le résultat obtenu.

Chez la femme mal conformée, la conception a lieu : voilà la cause d'un mal pour le présent, d'un danger pour l'avenir; cependant, quand arrive le terme de la grossesse, il faudra bien que la fonction dernière s'exécute, car la nature n'a ici qu'un seul rôle à remplir, l'élimination du produit de la conception, aussi bien avant la fécondation elle n'avait pas plus à prévenir les incommodités de la grossesse qu'avant la parturition elle n'a à prévoir l'opération césarienne.

Dans la doctrine de Stahl, les objections tirées de ces exemples funestes et de bien d'autres encore étaient certainement embarrassantes, ou pour mieux dire, elles renversaient de fond en comble le système de l'*animisme*.

Quant à nous, qui ne reconnaissons à la force vitale ni intention, ni intelligence, ni prévoyance, mais qui, à l'exemple des purs hippocratistes, savons ne voir en elle qu'un ensemble de lois allant nécessairement au but que le législateur suprême leur a assigné, peu nous importent tous ces accidents et tous ces mécomptes, le naturisme les prévoit, les accepte et n'en est nullement ébranlé.

En résumé, au point de vue de la pathologie générale, et la cause morbide matérielle étant supposée en contact avec l'organisme, la maladie consiste dans une réaction contre cette cause; c'est donc un effort conservateur quant au but où il tend. Mais ce but est souvent manqué par suite d'accidents divers qui sont le résultat même des moyens qui ont dû être employés pour arriver à ce but, soit que ces accidents tiennent à la trop grande quantité ou à l'action trop délétère du principe morbide qui devait être éliminé, soit qu'ils tiennent à l'état peu favorable de certains organes, à un mode vicieux de la vitalité, à une diathèse spéciale de tout l'organisme, etc. Car, je le répète, la nature ne tend qu'à une seule chose : à l'élimination ou à la neutralisation de la cause morbide; et comme elle va droit à son but autant qu'il est en elle, s'il se présente des obstacles ou des parties faibles sur sa route, il arrive souvent qu'elle les brise. S'il en était autrement, la guérison serait constante, nécessaire, la mort accidentelle serait impossible, et la thérapeutique n'existerait pas.

D'après ces idées, il est facile de conclure quelle immense différence doit entraîner dans la pratique la doctrine de Stahl sur la nature médicatrice et celle de la véritable école hippocratique. Là, ce sera une thérapeutique à peu près nulle, qui s'en remettra avec une aveugle confiance aux bons soins de cette providence intérieure qui malheureusement se trouvera trop souvent en défaut.

Ici, au contraire, une intervention plus active de l'art, mais qui bien différente pourtant de la méthode des médecins *jugulateurs*, saura ne pas vouloir tout faire, et n'oubliera pas que son action doit toujours être subordonnée à l'étude des lois vitales en santé et en maladie, à la connaissance des causes morbides et des conditions particulières où peut se trouver actuellement l'organisme; et enfin à la prévision plus ou moins probable des résultats favorables ou contraires que peut amener la fonction morbide. En d'autres termes, la véritable médecine n'est pas plus une méditation sur la mort qu'un duel à outrance contre la maladie; entre l'activité brutale de l'empirique ou du systématique, et la molle inaction de l'optimiste ou la froide résignation du fataliste, il y a une belle et honorable place pour l'expectation sage et intelligente du véritable observateur qui tour à tour sait attendre et agir, et qui sait pourquoi il attend et pourquoi il agit.

Après ces explications, peut-être nous sera-t-il permis d'espérer qu'on ne se méprendra plus sur notre pensée au sujet de la nature médicatrice. Nous avons eu à cœur de poser nettement la question, en attendant que le moment soit venu de la traiter comme il convient; en nous plaçant sur ce terrain, sera-ce de notre part illusion ou témérité de penser

que le dogme fondamental de la médecine hippocratique pourra être compris et accepté de tout esprit qui n'aura pas perdu dans les doctrines du jour toute trace des bonnes traditions médicales.

Au temps où nous sommes, le titre d'hippocratiste n'est certes pas une excellente recommandation dans notre école de Paris; oser s'en revêtir, c'est vouloir attirer sur sa tête les terribles accusations d'hommes *rétrogrades*, de *barbares* et autres aménités à l'usage des soi-disants représentants du progrès et de la civilisation moderne; et cependant nous avouons sans gêne ni embarras, que nous appartenons à l'école hippocratique. Mais aussi il faut bien nous entendre, ou plutôt nous avons droit d'espérer qu'on nous aura déjà compris. A Dieu ne plaise que nous soyons au nombre de ces hippocratistes béats, sans cesse agenouillés devant tout texte émané du père de la médecine, servilement attachés à la lettre, et méconnaissant l'esprit de la doctrine, de ces hippocratistes immobiles et improgressifs qui croiront avoir fait œuvre bien méritoire quant ils auront répété à satiété tel ou tel vieil aphorisme et qui en resteront éternellement à cette impassible contemplation!

«*Ars longa, vita brevis!...*» Voilà une sentence qui ne vieillira jamais.

Oui, la vie est courte et l'art immense! voilà précisément pourquoi Hippocrate lui-même, avec tout son génie, n'a pu ni tout voir ni tout dire, et qu'il a laissé à ses successeurs une riche moisson à récolter. Mais si Hippocrate n'a pas tout vu, il a, comme l'a dit avec tant de vérité un grand médecin, il a appris à tout bien voir. C'est parce que nous savons tout cela que nous acceptons et recueillons de grand cœur tout ce qui vient d'autre part, tout ce qui peut avancer l'art et enrichir la science. Et pourquoi répudierions-nous aucune des acquisitions de la science moderne? L'hippocratisme n'est pas un système étroit, comme on en a tant vu régner et périr, mais c'est la doctrine la plus large qui se puisse imaginer, puisqu'elle embrasse à la fois les trois éléments fondamentaux de la constitution humaine; dès lors il lui est impossible d'être exclusive sans inconséquence et sans mentir à sa nature. Aussi rien ne la gêne, rien ne l'embarrasse, tout lui vient à profit. Son sein est ouvert à toutes les sciences, à toutes les acquisitions, à tous les progrès.

C'est ainsi que nous utilisons les beaux travaux d'embryogénie, d'anatomie comparée et même de géogénie, trois sciences de création moderne, pour éclairer l'anatomie générale et la haute physiologie; nous n'oublions pas les découvertes de la chimie, de la physique et de la mécanique quand il s'agit d'étudier dans l'organisme humain les instruments matériels et les stimulus, ou les causes qui les font entrer en action, c'est-à-dire l'anatomie, la physiologie expérimentale, l'hygiène, etc.

Nous savons aussi tirer grand parti de l'anatomie pathologique pour apprécier les effets ou les modifications organiques produits par les maladies, effets si nombreux et si variés, qui peuvent devenir causes à leur tour, et qui à ce titre ont une immense importance.

Nous ne repoussons pas non plus absolument la statistique, car il y a en médecine bien des questions de nombre et de quantité qu'elle est appelée à résoudre: quand l'observation a assemblé des matériaux, il peut être bon d'en faire le recensement ou l'inventaire, c'est là le rôle du numérisme: que s'il a de plus hautes prétentions, il est impuissant et devient dangereux. Alors nous protestons de toutes nos forces contre son esprit d'envahissement, et pour lui donner toute sa valeur nous le remettons à sa véritable place, c'est-à-dire sur le seuil de la science, mais sans jamais lui permettre l'entrée du sanctuaire.

En résumé, pour nous la science médicale est représentée par une pyramide dont la base est formée par la médecine hippocratique, et le sommet par la science moderne. Voilà précisément tout notre crime. Que si nous consentions à retourner la pyramide, nous serions bien vite proclamés hommes du progrès; mais un encens si banal n'a rien qui doive nous flatter, et d'ailleurs on ne transige pas avec les lois de l'équilibre...

Ici se termine ma tâche. Mais en finissant, il m'importe beaucoup de rappeler que mon but n'a pas été de présenter une analyse critique et complète du travail de M. Pidoux. Si tel avait été mon but, plus d'une fois l'on m'aurait vu sévère à son égard, et relevant des erreurs et des défauts qui ne m'ont pas plus échappé qu'à qui que ce soit, erreurs et défauts d'ailleurs franchement avoués et reconnus de l'auteur lui-même, qui tout le premier désire qu'on veuille ne considérer son œuvre que comme un premier essai, une incomplète ébauche. Mais mon unique intention était de donner une exposition sommaire des principes les plus généraux du vitalisme hippocratique, non pas seulement tels qu'on les trouve dans les écrits de la collection hippocratique, mais tels qu'ils ont pu être épurés, développés et étendus par les légitimes successeurs du fondateur de la médecine.

Alors j'ai cru devoir m'adresser surtout au dernier venu dans cette grande famille, qui m'a paru non-seulement avoir conservé le précieux héritage, mais l'avoir lui-même beaucoup augmenté et enrichi Quant à moi, je ne croirai avoir perdu ni mon temps ni ma peine si j'ai pu appeler seulement l'attention de quelques esprits sérieux sur une doctrine médicale vieille comme la médecine, éternelle comme elle, sur une doctrine à qui il ne manque, pour reconquérir son empire, que d'être présentée avec toute l'unité, toute la force et tout l'appareil scientifique dont elle est susceptible. Ceci n'est qu'une esquisse bien imparfaite prise sur un modèle imparfait lui-même. J'ai montré en gros le plan de l'édifice et indiqué les pierres principales qui doivent servir à en former les quatre côtés, voilà tout: plus tard viendra le temps de faire mieux et davantage.

Du reste, notre auteur n'ignore pas, qu'on veuille bien nous croire, quelle rude tâche il a embrassée, du jour où il a voué sa vie entière à cette grande restauration médicale. Si hardi que l'on soit, on ne s'engage pas légèrement et de gaieté de cœur dans une lutte contre toute une époque. Cependant s'il s'est senti assez de foi et de courage pour entreprendre cette œuvre difficile, j'ose assurer qu'il est homme d'assez de talent et de persévérance pour la préparer, sinon pour l'accomplir.

Que si maintenant, dans mes jugements on voulait découvrir des préventions trop favorables, il est une cause, une seule cause d'influence que je pourrais avouer, c'est un sentiment de véritable gratitude. En effet, après les grands modèles de l'antiquité, après les chefs-d'œuvre de la célèbre école de Montpellier, après les écrits de quelques hommes supérieurs de notre école de Paris, le travail de M. Pidoux, malgré ses obscurités, ses imperfections ou ses erreurs, est la source où il m'a été donné de puiser le plus de force pour secouer le joug pesant de l'organicisme, et pour me rallier sans retour à la grande école vitaliste, dans le sein de laquelle j'ai trouvé ce que j'avais cherché vainement ailleurs, une chose bien précieuse mais bien rare en ce temps d'indifférence et de scepticisme, je veux dire la foi médicale et la conviction scientifique. C'est là encore que j'ai appris à mieux pénétrer l'esprit de la doctrine hippocratique, à trouver en elle la médecine du sens commun, la seule et véritable médecine pratique. C'est là enfin qu'avec le sentiment d'une haute espérance, j'ai vu l'école de Cos s'enrichir d'un grand principe qui me paraît recéler à la fois une loi génératrice et une méthode philosophique d'observation, c'est-à-dire un flambeau et un instrument de travail, dont l'influence peut être grande sur les progrès futurs de la médecine; car lorsque cette loi aura été complétement formulée, largement développée et nettement comprise, nous aimons à espérer que le plus humble travailleur du champ de la science pourra, grâce à cette lumière nouvelle, recueillir assez de fruits dans les œuvres du passé pour ensemencer le présent et fertiliser l'avenir.

H. Thirial, D.-M.

CHIRURGIE PRATIQUE.

II. Traitement des fractures.—Appareil amidonné amovible et inamovible.

AU REDACTEUR.

Monsieur,

Je viens de lire dans l'*Encyclographie des sciences médicales* un extrait du n° 11 (mai 1839) de votre journal, ayant pour objet une lettre que M. Mayor, de Lausanne, vous écrit relativement au traitement des fractures employé aujourd'hui presque généralement dans les hôpitaux de Paris, et dont je suis l'inventeur.

J'espère que vous voudrez bien consigner dans vos colonnes quelques observations que j'ai à faire relativement à cette lettre.

M. Mayor adresse à mon bandage quatre reproches principaux, qu'il prétend n'être point applicables à sa méthode, et d'où il part pour établir la supériorité de ses moyens contentifs. Il accuse l'appareil amidonné : 1° de placer les téguments en contact immédiat avec un corps dur comme le bois; 2° d'être passablement long à préparer, et surtout à appliquer; 3° d'être pendant quelque temps plus ou moins inhabile à maintenir tous les fragments dans la position où l'on vient de les placer; 4° de former une cuirasse ou une large virole si résistante, qu'il est incapable ni de s'étendre ni de se resserrer sur le membre, lorsque celui-ci vient à changer de volume.

Plusieurs de ces reproches sont graves, et, s'ils étaient mérités, je serais le premier à rejeter le bandage amidonné comme un moyen dangereux; mais nous allons voir que les craintes de M. Mayor sont chimériques, et qu'elles ne peuvent provenir que des renseignements vicieux qu'on peut lui avoir donnés sur mon appareil, ou de ce que, n'ayant pas lu les mémoires où j'ai exposé ma méthode avec détail, il s'est fait une fausse idée de ma manière de traiter les fractures.

Si M. Mayor n'avait point été entouré de ces causes d'erreurs, il aurait parfaitement reconnu qu'il n'y avait point lieu à formuler la plupart des griefs qu'il articule contre le bandage amidonné. Ainsi, il aurait vu, dans un mémoire que j'ai lu en septembre 1837, au congrès médical belge, et qui a été reproduit par le *Bulletin médical*, ainsi que dans plusieurs autres Dissertations que j'ai publiées depuis cette époque, que la face interne du bandage est loin de présenter au membre qu'il enveloppe une surface *dure comme le bois*; que j'ai au contraire posé le précepte de ne point enduire d'amidon la première couche de bandes appliquée sur la partie fracturée, afin qu'ainsi la peau fût préservée du contact un peu rude d'une coque empesée; que j'ai même ajouté que l'on pourrait au besoin «interposer entre la face interne du bandage et la surface du membre, un corps moelleux», ce qui rentre parfaitement dans les idées de M. Mayor; mon appareil, confectionné d'après mes vues, ne peut point produire une compression plus rude que celle qu'exerce un bandage roulé ordinaire. M. Mayor a été peut-être induit à reprocher cet inconvénient à mon appareil, en voyant en usage à Paris les modifications qu'y ont apportées MM. Velpeau et Laugier : le premier, en substituant la dextrine à l'amidon, le second en employant le papier amylacé. Dans ces deux procédés en effet une surface très-rude est mise en contact immédiat avec la peau, et c'est même un désavantage que j'ai cité dans un article inséré dans le numéro du 1er décembre 1838 de la *Gazette médicale de Paris*.

M. Mayor dit que dans la pratique civile et

les hôpitaux, l'inconvénient que présente l'appareil amidonné, d'être long à préparer, et surtout à appliquer, ne peut point être trop incriminé, mais que pendant une campagne, pendant ou après une bataille, il ne peut nullement se concilier avec un service *rapide* et *sûr*. M. Mayor ne prétend certainement point en inférer que mon appareil est inférieur sous ce point de vue aux anciens procédés, car il est facile, avec un peu d'habitude, de confectionner le bandage amidonné avec autant de célérité que le bandage Scultet, etc. Il voudrait seulement faire admettre que sa gouttière en fil de fer garnie de coton vaudrait mieux dans ces cas-là. Il resterait à savoir, avant de convenir de cette supériorité, s'il est bien plus expéditif de confectionner la gouttière en fil de fer, de la courber ensuite pour l'adapter à tous les contours des parties, de disposer le coton d'une manière convenable, puis d'appliquer les bandes ou les cravates qui doivent servir à maintenir le tout, que d'entourer le membre d'un appareil amidonné. Pour moi, je ne le pense pas. M. Mayor dira que les gouttières auront dû être préparées d'avance, et qu'ainsi l'opération deviendra d'une exécution extrêmement rapide; mais si l'on admet que l'on puisse avoir à sa disposition une collection de moyens contentifs tout prêts, pourquoi n'aurait-on pas une certaine quantité de bottines amidonnées coupées longitudinalement sur le devant et telles qu'elles me servent pour maintenir, pendant les premiers jours, mon bandage encore humide? Je pense que dans des circonstances telles que celles dont parle M. Mayor, je me contenterais tout bonnement d'appliquer sur le membre deux attelles en carton mouillé et amidonné, que je fixerais au moyen d'une simple bande; j'environnerais ensuite le tout avec ma bottine raide préparée d'avance, et j'aurais ainsi un bandage solide confectionné avec autant de rapidité que pourrait l'être celui de M. Mayor.

Le reproche qu'adresse M. Mayor au bandage amidonné, d'être pendant un certain temps inhabile à maintenir les fragments dans la position où l'on vient de les placer, est le plus fondé de tous, j'ai moi-même souvent appelé l'attention du public sur ce point et provoqué la recherche de quelques modifications capables d'obvier à cet inconvénient. Cependant je dois dire ici que «jamais dans ma pratique je n'ai dû une consolidation vicieuse à cette imperfection du bandage amidonné.» Pourquoi? parce que d'une part je ne me fie jamais à une première réduction pour obtenir une coaptation exacte des fragments, et que régulièrement j'inspecte les parties à une époque où le cal, encore mou, peut facilement céder aux légers efforts employés dans le but de modifier sa forme et sa direction; parce qu'ensuite j'ai à ma disposition plusieurs moyens pour empêcher que certaines circonstances ne viennent déranger la coaptation pendant le temps que le bandage met à se dessécher; ces moyens sont : 1° une position convenable aidée d'une extension et d'une contre-extension, ou, si M. Mayor le préfère, d'une traction et d'une résistance combinées jusqu'à parfaite dessiccation du bandage, et opérées soit au moyen de liens ordinaires, soit au moyen de certains appareils simples dont je donnerai la description au public lorsque je leur aurai donné la perfection. 2° Le plus souvent je me sers d'une gouttière en carton fort non mouillé, comme j'ai eu soin de le dire dans l'article précité de la *Gazette médicale*, ou mieux d'une bottine en linge et carton amidonnés et desséchés, qui a l'avantage de comprimer d'une manière beaucoup plus régulière toutes les parties du membre fracturé. Cette bottine, qui n'est rien autre chose qu'un vieux bandage amidonné qui a servi déjà à d'autres blessés, est plus grande que ne l'exige la circonférence du membre. Le bandage amidonné encore humide est d'abord entouré d'une compresse qui empêche toute adhésion avec le moyen contentif provisoire; et les vides qui existent entre la face interne de la coque solide et la surface externe du bandage encore mou sont ensuite remplis avec de l'étoupe, de la filasse, du coton ou de la charpie. Il ne reste plus alors qu'à fixer le tuteur avec une bande roulée. 3° M. Lafargue a répondu à l'appel que j'avais fait aux chirurgiens, et dans un mémoire très-bien fait sur le bandage amovible et inamovible, a proposé de donner sur-le-champ de la solidité à l'appareil amidonné, en ajoutant du plâtre à l'empois et en incrustant entre les différentes couches de bandes plusieurs fils de fer flexible. 4° A défaut d'autres tuteurs, on pourrait, à la rigueur, employer les attelles ou les fanons ordinaires au-dessus du bandage amidonné. 5° Enfin, pour témoigner à M. Mayor que je ne suis point exclusif, je dirai ici que l'on pourrait mettre en usage sa gouttière en fil de fer convenablement garnie de coton, comme il le prescrit lui-même.

Le quatrième reproche que M. Mayor adresse à mon appareil, et qu'il regarde avec raison comme le plus grave, me surprend singulièrement. Comment se fait-il qu'après tout ce que j'ai dit pour démontrer que l'appareil amidonné est éminemment *dilatable* et qu'on peut le rétrécir à volonté; qu'après avoir prouvé que son application s'allierait le plus facilement du monde avec une inspection journalière des parties, si une telle inspection venait à être rendue nécessaire, comment se fait-il, dis-je, qu'après tout cela l'on vienne encore représenter mon bandage comme une espèce de cuirasse qui doit conserver invinciblement sa forme première sans pouvoir la modifier d'après le développement ou la diminution de volume des organes contenus?

Je ne puis me rendre compte de cette singularité qu'en admettant que M. Mayor n'a point lu les différents mémoires que j'ai publiés sur ma méthode de traitement des fractures, et qu'en supposant ensuite que les cas qu'il a vus lui ont donné le change sur les véritables principes qui ont présidé à mon in-

vention. Je sais que beaucoup de chirurgiens de Paris continuent à donner à la méthode que j'emploie l'épithète *d'inamovible*, et que, plutôt que d'inciser le bandage quand il survient des accidents du côté des parties molles ils préfèrent l'enlever en entier et en appliquer un autre. C'est là selon moi une grande faute, car ce mot *inamovible* donne une fausse idée de la méthode, reporte les souvenirs vers l'appareil de M. Larrey, et jette dans la défiance et la crainte le praticien qui aime à se rendre compte des changements qui peuvent survenir dans l'état des parties molles pendant la durée d'un traitement réfractaire. D'un autre côté, en enlevant le bandage au lieu de l'inciser, ils perdent du temps et se privent des avantages les plus précieux de mon appareil.

Dans quel but applique-t-on un bandage contentif dans le traitement des ruptures osseuses? évidemment pour maintenir les fragments dans l'état où on les a placés. La perfection dans un appareil à fractures considéré sous ce point de vue consiste donc dans une résistance parfaite à toute espèce de déplacement, et dans sa faculté de continuer à agir de la même manière et sans interruption jusqu'à la consolidation parfaite. Mais pour maintenir les os, il faut une compression et cette compression ne peut s'exercer qu'à travers les parties molles. Or, comme ces parties molles peuvent être malades ou le devenir, et qu'alors, suivant l'espèce d'affection dont elles seront atteintes, il peut se faire que la compression doive être modifiée, diminuée, supprimée même, il en résulte qu'un bon bandage à fractures suppose nécessairement la possibilité de varier son degré de constriction suivant les circonstances qui se présentent. Si donc un appareil permet de maintenir invariablement les fragments dans la même position, depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, tout en étant cependant susceptible de resserrement et de dilatation, et tout en rendant possible en même temps l'inspection des parties molles et le traitement local de leurs maladies; si un appareil, dis-je, permet tout cela, on aura le droit de dire qu'il remplit toutes les indications fournies par des idées saines sur la thérapeutique des fractures.

Voilà précisément les qualités dont je prétends doter mon bandage amidonné; et, chose singulière, voilà ce que les chirurgiens auxquels je faisais tantôt allusion paraissent ne pas vouloir comprendre. Je conçois que dans une fracture simple où il n'existe que, peu d'épanchement, et où l'inflammation consécutive est minime, un premier pansement puisse sans inconvénient rester en place jusqu'à la fin du traitement, car alors peu de vide se forme entre le bandage et le membre et les étranglements sont peu à craindre; je conçois même que dans ces cas, si l'on veut avoir plus de sécurité sur la parfaite régularité du cal, on puisse, pour plus d'économie, se borner à enlever les bandes préalablement humectées, à une certaine époque du traitement, pour reconstruire ensuite un nouveau bandange définitif; car les mouvements auxquels on devra soumettre alors le membre ne seront point, le plus souvent, de nature à exciter de fortes douleurs, ni à opérer un déplacement dans les portions fracturées. Mais ce que je ne comprends pas, c'est que l'on puisse encore s'obstiner à agir de la même manière dans certaines fractures compliquées, où les moindres mouvements peuvent déterminer des accidents graves, et où le bon sens indique l'urgence de l'inspection fréquente des parties. C'est évidemment vouloir compromettre le succès de la méthode, et se préparer de cruels mécomptes.

Je ne nie point que dans beaucoup de circonstances les pansements rares, opposés à des suppurations abondantes, à des plaies profondes pour lesquelles l'introduction de l'air devait devenir une cause d'irritation permanente, n'aient amené les plus favorables, et je dirai même les plus admirables résultats; mais partir de là pour poser le précepte de maintenir l'application d'un bandage malgré tous les accidents qui peuvent survenir dans les parties molles entourant un os fracturé, c'est dire qu'il ne faut plus ouvrir les abcès; qu'il faut laisser s'établir librement les décollements de la peau et des muscles; qu'il faut laisser marcher vers la gangrène les érésypèles phlegmoneux; qu'il faut abandonner à la nature les hémorrhagies et les anévrismes faux consécutifs; qu'il ne faut plus extraire les esquilles qui se détachent et qui font épine au milieu des tissus; c'est, en un mot, renverser les notions chirurgicales les plus simples et les plus généralement sanctionnées par l'expérience.

Toutes les fois que les premières douleurs causées par la compression exercée par le bandage persistent un temps un peu trop long; lorsque surtout elles sont circonscrites dans un point bien déterminé; lorsque, pendant le cours du traitement, des symptômes généraux, l'augmentation de la sensibilité locale ou tout autre indice font supposer un changement dans la manière d'être du membre blessé; lorsque le gonflement considérable qui existait lors du premier pansement s'étant dissipé, le bandage est devenu respectivement trop grand pour le membre, il n'y a pas de temps à perdre, et il faut couper l'appareil, soit avec mes ciseaux, soit par un autre moyen quelconque. Pourquoi ne le ferait-on pas? Rien n'est plus facile, quand on prend les précautions que j'ai indiquées à cet égard.

Si, lorsque cette incision est faite, on découvre que la force de réaction est telle, qu'elle ne pourrait être réprimée par la compression aidée des antiphlogistiques généraux, soit que cette réaction soit due à la complication de la fracture, à la direction vicieuse des fragments, soit qu'elle dépende de l'énergie vitale du blessé, d'une prédisposition particulière, etc.,

il faut battre en retraite, mais en combattant cependant toujours. Abandonner alors complétement la compression, serait perdre en un instant tout ce qu'elle a déjà produit de bon, et augmenter la réaction de toute la somme d'énergie que l'on a employée pour la combattre. Il faut lâcher d'un cran la compression, en serrant un peu moins la bande qui doit assujettir le bandage divisé, et attendre les événements pour se décider à la diminuer encore ou à l'augmenter.

Rien n'est si commun que de voir ces petites concessions faites à la nature mitiger la vivacité de ses mouvements d'expansion, et ramener si bien le calme, qu'il devient bientôt possible d'obtenir un nouveau dégorgement par l'emploi des mêmes moyens contre lesquels elle s'était d'abord si violemment irritée; c'est parce que la compression n'a pas toujours été bien maniée, qu'il en est résulté des suites facheuses: lorsqu'elle est judicieusement employée, elle constitue un remède vraiment héroïque à opposer aux accidents qui accompagnent si souvent les fractures.

Si l'on découvre que les douleurs dépendaient de ce que la compression était faite d'une manière irrégulière, de ce qu'une éminence ne se trouvait pas assez garantie de l'action un peu énergique des bandes qui passaient sur elle, etc., on remédie à l'instant à ces légers inconvénients, en mouillant un peu les portions du bandage qui causaient le mal par leur forme vicieuse, et en leur faisant ensuite subir les modifications nécessaires, ou en protégeant les saillies qui ont souffert par de petits coussinets de ouate placés autour d'elles.

Si à l'inspection du membre on aperçoit un abcès commençant, un érésypèle phlegmoneux, ou toute autre maladie, on les traite d'après la méthode que l'on préfère, sans que le bandage s'y oppose en aucune manière. Supposons qu'après avoir ouvert un abcès et avoir pris les précautions nécessaires pour empêcher les décollements, on veuille mettre en usage la méthode des pansements rares; rien n'empêche cette pratique: il suffit pour cela de rapprocher les deux valves du bandage, et de les recouvrir d'une bande amylacée.

Si l'appareil est devenu trop large pour le membre détuméfié, on excise un ruban longitudinal du bandage aux dépens d'un des bords de l'incision, et on rapproche ensuite ceux-ci, après avoir préalablement mouillé les endroits qui doivent subir des modifications dans leur forme à cause des nouveaux rapports qu'ils doivent acquérir; ou on fait chevaucher les bords l'un sur l'autre, après les avoir taillés un peu en biseau. Je tiens à cette pratique, car je ne pense pas, comme M. Mayor, qu'un membre fracturé puisse quelquefois être dans de bonnes conditions de guérison, malgré le vide assez considérable qui existe entre lui et le bandage.

Notez que tout ce que je viens d'indiquer s'exécute sans que la coaptation cesse d'être parfaite: car la partie postérieure du bandage reste en place, et suffit pour continuer à maintenir les fragments. M. Mayor concevra surtout très-bien cette propriété de l'appareil, lui qui a si bien fait voir qu'un membre fracturé peut très-facilement conserver la forme et les rapports que lui a donnés la réduction, en le posant sur une simple planchette. Si les désordres des parties molles se manifestaient à la partie postérieure du membre, on en serait quitte pour faire coucher le blessé sur le ventre, et faire l'incision en arrière.

Maintenant que M. Mayor connaît la méthode que j'emploie pour rendre mon bandage amovible et inamovible à la fois, n'est-il pas vrai qu'il avouera n'avoir plus aucune raison pour lui reprocher de résister opiniâtrément à tout mouvement excentrique de la part du membre, et de rester au contraire indifférent à tout mouvement concentrique? Ne sera-t-il point convaincu que mon appareil amidonné, tout en procurant le bienfait d'une réduction immédiate (réduction si utile pour prévenir les accidents inflammatoires), tout en résistant au mouvement fluxionnaire, qui tend à s'établir dans les parties molles, ne présente cependant point plus de dangers que l'ancien appareil à fractures, et que le sien même? Et ne s'étonnera-t-il pas avec moi que quelques praticiens français aient sacrifié à des considérations d'économie un des plus beaux apanages de ma méthode.

J'entends d'ici M. Mayor dire que tous les avantages que je viens d'indiquer appartiennent aussi à sa méthode, et que par conséquent il ne voit point la cause pour laquelle on devrait plutôt donner la préférence au bandange amovo-inamovible amidonné qu'au sien. Mais je lui répondrai que jusqu'ici je n'ai fait que combattre ses idées sur le terrain qu'il s'est choisi lui-même, et que dans un prochain article je me propose à mon tour de diriger une attaque contre son appareil hyponarthrécique, de passer en revue sa manière d'agir, et ses nombreux inconvénients. Il me suffira de dire ici par anticipation que l'appareil de M. Mayor pêche principalement par son manque de solidité, par le peu de sécurité qu'il donne au praticien, et par la compression vicieuse, imparfaite et peu méthodique, qu'il établit sur le membre. Toutefois, comme je désire que M. Mayor ne se méprenne point sur mes intentions, je dois ajouter que je reconnais aussi dans sa méthode de grands avantages, et que pour beaucoup d'idées qu'il émet relativement au traitement des fractures, je suis tout à fait d'accord avec lui, de même que je le suis pour beaucoup d'autres points de pratique. Je dirai même que dans beaucoup de circonstances l'hyponarthrécie est incontestablement douée d'une supériorité remarquable; et de même que M. Mayor atteste qu'il se servirait du bandage amidonné s'il n'avait point à sa disposition sa cage en fil de fer et son coton, je déclare que j'emploierais la suspension mobilisée si je venais à me trouver dans l'impossibilité de mettre en usage l'appareil amylacé.

SEUTIN, de Bruxelles.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Traité pratique du pied-bot, par Vincent Duval, D.-M., directeur des établissements orthopédiques des hôpitaux de Paris (1).

Il y a cinquante-huit ans qu'un médecin saxon, Thilénius, osa le premier pratiquer pour un pied-bot la section du tendon d'Achille. Il réussit; et cependant cette belle solution d'un problème qu'on cherchait à résoudre depuis Hippocrate, ne produisit aucune impression sur le monde médical; elle fut même si bien oubliée, malgré les tentatives de Michaëlis, de Sartorius, et de Delpech, que l'auteur de cet ouvrage, pour avoir le premier à Paris pratiqué la section du tendon d'Achille en 1835, croit avoir le droit d'appeler *sien* ce nouveau, mais infaillible moyen thérapeutique. Si M. Vincent Duval se fût, comme tant d'autres, après une première opération, hâté de publier son traité, il n'eût eu que la gloire, assez peu appréciée, d'avoir rappelé à la mémoire des praticiens un moyen opératoire oublié aussitôt que découvert; mais il a préféré agir avant de parler, et lorsque son ouvrage est basé sur plus de deux cents opérations pratiquées par lui, on peut lui permettre de donner son nom à une méthode qu'il vulgarise tous les jours avec tant de succès.

Avant d'entrer dans l'examen de cet ouvrage, nous devons dire que l'auteur l'adresse à la fois aux médecins et aux malades : pour les premiers, il n'a pas épargné les notions historiques, les divisions, les détails anatomiques et pathologiques ; mais c'est pour les seconds surtout qu'il paraît s'être complu à étaler au milieu du texte, et dans des planches à part, ces figures où sont reproduites les nombreuses séries de déformation du pied, de manière à ce que les *stréphopodes* soient, comme il le dit, mis chacun en face de sa difformité et des moyens plus ou moins simples qu'il emploie pour la guérir.

Nous n'aimons pas, en général, les livres adressés aux malades ; ce moyen sent trop l'annonce, et d'ailleurs n'est pas exempt de danger pour ceux-ci; mais il a déjà moins d'inconvénient pour ce qui regarde les difformités qui ne sont pas, à proprement parler, des maladies, et pour le cas de M. Duval, on peut dire jusqu'à un certain point que le succès justifie le moyen.

Le premier chapitre est consacré aux détails historiques, qui confirment l'antériorité de l'opération à Thilénius, et la reprise à Delpech de Montpellier. Ce dernier l'abandonna à cause de quelques accidents dus au procédé vicieux qu'il employa.

Dans le deuxième, l'auteur expose la classification. On sait que les auteurs ont admis trois variétés de pied-bot, *equinus*, *varus* et *valgus*. De ces trois dénominations une seule donne quelque idée de la lésion, et elles n'ont pas paru à l'auteur renfermer toutes les variétés de déviation. Aussi en a-t-il changé les noms, et en a-t-il ajouté deux autres. Il appelle *stréphopodie* le pied-bot en général ; *stréphendopodie*, la déviation du pied en dedans (varus); *strephexopodie*, celle en dehors (valgus); *strephypopodie*, la déviation du pied en dessous (equinus); *strephanopodie*, la déviation du pied en haut; et enfin *strephocatopodie*, la déviation du pied en bas.

Ces noms peuvent paraître un peu barbares et longs à prononcer, mais ils sont justes et sauvent de l'inconvénient plus grave d'une périphrase.

M. Vincent Duval assigne comme très-probables deux causes au pied-bot natif. Ce sont :

1° La mauvaise position des pieds de l'enfant dans l'utérus, pendant une partie de la grossesse ;

2° La lésion de l'appareil cérébro-spinal ou de ses membranes. La seconde de ces causes est déjà très-hypothétique ; mais la note qu'il lui joint l'est encore bien davantage aujourd'hui. «La lésion de l'appareil cérébro-spinal, dit-il, est presque toujours secondaire à une gastro-entérite.» La gastro-entérite a bien perdu de son empire depuis dix ans; ce n'est donc qu'avec une certaine réserve, et surtout qu'avec des preuves qu'on doit la citer. Nous aimons beaucoup mieux la première cause qu'il donne du pied-bot, celle de la mauvaise position des pieds du fœtus. On sait en effet que l'enfant, depuis son premier développement jusqu'à l'âge où on lui a appris à marcher, a la plus grande propension à tourner ses pieds en dedans : c'est ce qui explique pourquoi la stréphendopodie ou varus est le genre de pied-bot que l'on rencontre le plus souvent chez les nouveau-nés.

Le traitement du pied-bot jusqu'à M. Duval consistait uniquement en appareils et en machines plus ou moins ingénieuses, mais presque toujours complétement inutiles, et souvent dangereuses; aujourd'hui la section du tendon d'Achille est la condition *sine quâ non* du succès ; c'est elle qui commence le traitement, mais elle ne fait que le préparer, car ce sont les appareils qui redressent.

Cette opération encore si nouvelle et si simple compte déjà plusieurs procédés; celui de Delpech avait l'inconvénient de diviser la peau sur les deux côtés et dans une étendue d'un pouce selon la longueur.

Elle donna lieu à l'exfoliation du tendon, et à d'horribles douleurs consécutives; elle retarda de vingt ans l'introduction du véritable moyen dans la pratique chirurgicale.

Dans le procédé de l'auteur, on porte l'instrument directement à la partie antérieure et interne du tendon d'Achille, à un pouce ou deux de son insertion au calcanéum. On a soin de ne pas léser la peau de la partie ex-

(1) Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, allée des Veuves, 33, Champs-Elysées.

terne, de peur de provoquer l'exfoliation du tendon d'Achille par l'entrée de l'air dans la plaie.

Si M. Duval n'a pas l'honneur de cette belle opération, il a au moins celui d'avoir imaginé la section de divers autres tendons de la jambe. Ainsi, pour redresser un varus d'un grand développement, il coupe souvent et le tendon d'Achille, et le tendon du jambier antérieur. Cette section se pratique également sous la peau. Dans certains valgus, il coupe aussi quelquefois le tendon du long péronier latéral; d'autres fois c'est le tendon de l'extenseur propre du gros orteil. Dans un cas de stréphanopodie (déviation du pied en haut), il a coupé à la fois les tendons du jambier antérieur, du long extenseur du gros orteil et du long extenseur commun des orteils.

Il n'y a encore que la moitié de la tâche de faite, car c'est l'appareil qui a la mission de redresser; si celui-ci n'a pas opéré le redressement dans un espace de temps, qui varie ordinairement de quinze à vingt-cinq jours, les deux bouts du tendon se sont réunis, et la section est à recommencer. Aussi dans des cas très-difformes, lorsque M. Duval prévoit que cet intervalle de temps ne suffira pas pour opérer le redressement, il coupe le tendon du jambier antérieur, et il applique un appareil préparatoire qu'il laisse quelquefois jusqu'à deux mois avant de pratiquer la section du tendon d'Achille.

Nous n'irons pas plus loin dans l'examen de cet ouvrage. Ce que nous en avons dit suffit pour donner une idée de son utilité incontestable. Nous ajouterons seulement que l'auteur a cru devoir y joindre une soixantaine d'observations, mais elles ont moins d'importance que ce qui précède.

Mémoire sur les inhumations précipitées, des moyens de les prévenir, et des signes de la mort; par J.-B. Vigné.

En publiant ce mémoire sur les inhumations précipitées, en indiquant les moyens de les prévenir, M. le docteur Vigné, s'il a été mû par un puissant motif d'humanité, n'en a pas moins désiré être utile à la science, qu'il a déjà enrichie de plusieurs bons ouvrages. L'approbation franche et éclairée de ce mémoire par le ministre de l'intérieur témoigne assez de son importance pour que nous cherchions encore à en étendre la publicité. Après avoir blâmé avec énergie le funeste usage des inhumations précipitées, l'auteur passe en revue les divers indices qui peuvent faire supposer la mort; il fait voir que la mort réelle offre toujours des signes caractéristiques de sa présence, et que ces signes sont loin de ressembler à ceux qui l'ont fait supposer et dire apparente; que ce dernier état des choses jugé trop légèrement a donné lieu aux méprises les plus funestes, et coûté la vie à un grand nombre de malheureux qu'on eût pu secourir peut-être à temps.

Quels sont les signes caractéristiques de la mort?

La privation de sentiment, l'absence de la circulation et de la respiration ne sont pas des signes certains de mort.

On a prétendu reconnaître la mort à d'autres signes qui, réunis à ceux que nous venons d'indiquer, la rendraient encore plus vraisemblable. Tels sont l'insensibilité de l'iris à l'exposition d'une vive lumière; l'abaissement de la mâchoire inférieure sans disposition à revenir sur elle-même; le libre cours, par tout le trajet alimentaire, de l'air soufflé dans la bouche; la pâleur, la lividité du visage et des téguments; le refroidissement et l'immobilité du corps, son allongement, sa raideur, l'aplatissement des parties sur lesquelles il a été couché; la couleur jaune de l'intérieur des mains, de la plante des pieds, et la flaccidité des yeux, dernier signe donné par Louis comme indubitable.

On peut quelquefois être trompé par ces différents états; ils ne suffisent pas seuls pour constituer la mort réelle : il faut y joindre un dernier signe, la putréfaction.

Portal a dit: « La putréfaction est le seul vrai signe de la mort; des taches livides paraissent sur la peau; il émane du sujet une odeur fétide cadavérique qui lui est propre, et que l'on distingue fort aisément. C'est donc un devoir sacré d'attendre, avant d'ensevelir un corps, qu'il soit réduit à cet état où la mort ne puisse plus être douteuse. Elle peut l'être dans les apoplexies, surtout dans l'asphyxie occasionnée par le méphitisme, jusqu'à ce qu'il se manifeste un commencement de putréfaction.»

« Jamais on ne sera trompé sur la présence réelle de la mort, dit M. Vigné, en voyant l'épiderme se rider, se détacher; la peau, de pâle et de grisâtre qu'elle est d'abord, devenir verte, puis noirâtre, se boursouffler, se soulever, se ramollir; et l'odeur d'abord fade et nauséabonde, puis toujours plus insupportable dans la marche toujours croissante de cette putréfaction, servira elle-même à la rendre encore plus certaine. »

M. Vigné soutient avec une fermeté inébranlable le conseil prudent de conserver les morts jusqu'à ce que cette décomposition ait lieu.

« On a pu s'étayer de la loi, dit-il, pour inhumer un malade supposé mort, et qui, pendant vingt-quatre heures, n'avait donné aucun signe de vie, car si d'une part elle défend de disposer de lui avant l'expiration d'un jour entier, de l'autre elle autorise, après ce laps de temps, la sépulture.

»Or, nous le demandons, la seule règle pour ne pas se tromper sur le besoin de l'inhumation n'est-elle pas dans les signes qui l'indiquent spécialement? et jusqu'à ce qu'ils se manifestent, le sujet auquel on croirait avoir vu rendre le dernier soupir devra-t-il être aussitôt déclaré mort, cité pour tel, et traité comme s'il l'était réellement?

»Il faut que la loi, ajoute M. Vigné, fasse respecter la vie de l'homme jusque dans ses

derniers moments, et pour cela qu'elle dise :

« Défense expresse à qui que ce soit, sous peine très-grave, d'ensevelir, de mettre dans le cercueil, d'enterrer toute personne réputée morte, avant l'apparition des signes caractéristiques de la mort.

« Dans cet espace de temps, quelle qu'en soit la durée, le mort supposé restera sous la tutelle et sous la responsabilité de sa famille, de sa garde et du médecin qui l'aura traité, tous les secours possibles devant encore par eux lui être administrés.

« Le médecin, aussitôt qu'il aura reconnu la mort véritable, en exposera clairement tous les traits sur papier libre.

« Ce bulletin sera remis à l'officier de l'état civil, qui tout de suite ira s'assurer du décès, et permettra l'ensevelissement et l'inhumation alors devenus indispensables, devenus légitimes. »

« Ce langage de la loi, dit en terminant M. Vigné, concilierait tous les intérêts : intérêt général qu'il importe à chacun de nous de soutenir ; intérêt d'humanité, de justice et d'honneur. »

L'auteur estimable de ce mémoire n'a pas sans doute assez réfléchi à la difficulté, aux inconvénients peut-être inséparables des moyens d'exécution.

Traité du froid, de son action et de son emploi, intùs et extrà, en hygiène, en médecine et en chirurgie ; par le docteur Lacorbière.

«Le froid n'est qu'une absence relative de la chaleur déterminant sur nos sens une impression opposée à celle que produit cette dernière ; d'où l'on doit inférer qu'il n'est pas de froid comme de chaleur absolus.»

Telle est la définition que le docteur Lacorbière donne du froid. Et, en effet, il n'existe pas de corps qui ne contienne du calorique. En conséquence, on ne connaît pas de zéro absolu de chaleur dans les corps : on sait que le zéro du thermomètre n'est qu'un point conventionnel qui indique la température de la glace fondante, et non l'absence totale de calorique. Le froid n'est donc ni un être jouissant d'une existence indépendante, ni une propriété de la matière : c'est simplement une diminution *relative* du calorique.

Le docteur Lacorbière a adopté, dans son ouvrage, la division du froid établie par les anciens, en froid atmosphérique prophylactique, et en froid atmosphérique curatif ; il a étudié les effets de la diminution plus ou moins considérable de la chaleur sur les êtres vivants, mais spécialement sur l'homme.

«Nous le prendrons, lui, dit M. Lacorbière, dans les entrailles de sa mère, au moment de l'animation, pour le suivre, dès le berceau, dans son évolution graduée, dans son développement physique, intellectuel et moral ; à tous les âges, dans toutes les situations, dans tous les climats, dans l'isolement et le dénûment du désert, comme aussi au milieu des délices et de l'énervation de la civilisation, faible ou vigoureux, esclave ou despote, calme ou passionné, sain ou malade. ».

On voit que M. Lacorbière doit donner à son travail une grande extension ; aussi, homme de science et de cœur, il n'a pas reculé devant les immenses difficultés de sa tâche. Pour arriver au résultat qu'il s'était imposé, il a dû faire de nombreuses recherches dans les auteurs anciens, dans les travaux des contemporains dont il a scruté et répété les expériences.

Nous ne le suivrons pas dans toutes ses excursions, où quelquefois il perd de vue le domaine de la médecine ; nous indiquerons d'abord l'ensemble de l'ouvrage, nous réservant d'entrer dans des détails lorsque nous y rencontrerons quelques points saillants.

M. Lacorbière a examiné le froid d'une manière générale et tout à fait scientifique, comme modificateur général dans l'univers, exerçant son action sur les corps organisés, les végétaux, les animaux, et en particulier sur l'homme.

Il l'a envisagé comme modificateur local et prophylactique, selon qu'il provient de l'air, de la neige ou de la glace, etc., etc., selon l'âge, le sexe, le tempérament de la personne, etc ; enfin, comme modificateur général local et curatif dans les différentes maladies.

M. Lacorbière a étudié le froid sous toutes ses faces, dans tous ses rapports ; dans les boissons, les injections, les fomentations, les lotions, les douches, les irrigations, les affusions, immersions, etc., etc. L'influence du froid sur l'homme, considérée d'une manière aussi étendue, a fourni à l'auteur une foule de considérations neuves et d'une haute importance, surtout sous le rapport de la philosophie médicale. Le temps et l'espace nous manquent, à notre grand regret, car nous aurions désiré citer quelques extraits de cet ouvrage remarquable. Peut-être en trouverons-nous plus tard l'occasion, nous ne la laisserons pas échapper,

Nous ajouterons cependant que le traité de M. Lacorbière renferme, selon nous, un peu trop de science. Il est trop semé de digressions et d'annotations qui finissent par fatiguer le lecteur, malgré tout l'intérêt dont l'auteur a su envelopper chaque chose. Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'à juste titre ce travail sera médité par les médecins et par les philosophes, par tous ceux enfin qui voudront connaître d'une manière exacte l'influence du froid sur les objets terrestres, et spécialement sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE.

Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Coulommiers, pendant les mois de mai et juin 1839; par MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy.

On sait que les auteurs ont été envoyés par ordre du gouvernement sur le théâtre de l'épidémie pour suppléer à l'insuffisance des médecins du lieu. Leur travail est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'hygiène et à la santé antérieure des habitants, ainsi qu'à un choix d'observations sur les principales variétés de la suette miliaire; la seconde contient l'anatomie pathologique et le traitement.

Nous passons sous silence les détails météorologiques et géologiques que les auteurs ont jugé à propos de donner sur le département de Seine-et-Marne.

Il est bon de savoir, comme antécédents, que la suette miliaire a déjà régné plusieurs fois dans quelques villages du département, mais jamais cependant dans les localités qu'elle a envahies cette année. Les communes de Saint-Cyr, Saint-Ouen, Orly, etc., dans lesquelles la maladie a sévi avec le plus d'intensité, sont situées dans une vallée étroite, où les eaux restent souvent stagnantes en hiver. Les habitations des paysans sont mal éclairées, humides, et les habitudes de ces derniers très-sobres.

Les maladies prédominantes de l'hiver ont été des rougeoles, des scarlatines, et des affections catarrhales. C'est dans les premiers jours de mai que la suette épidémique s'est montrée à Orly; elle s'étendit ensuite à Saint-Ouen, à Saint-Cyr et à Doue. Mais elle a été beaucoup moins intense dans ce dernier endroit, qui est situé sur le point le plus élevé du département, que dans les autres communes situées sur le penchant d'une vallée.

Les auteurs donnent le tableau statistique suivant :

COMMUNES.	POPULATION.	MALADES.	HOMMES.	FEMMES.	MORTS.	HOMMES.	FEMMES.
Saint-Cyr.	1407	147	61	86	27	15	12
Saint-Ouen.	195	29	11	18	2		2
Orly.	402	58	25	33	4	1	3
Doue.	803	53	17	36	2		2

Suivent quelques observations, sur lesquelles nous passons pour arriver au tableau de l'affection.

La marche de la suette miliaire a été celle des fièvres éruptives. Signes précurseurs : invasion, éruption, desquamation. Mais la première période a été loin d'être toujours constante; et des individus qui s'étaient couchés bien portants étaient fort étonnés de se réveiller inondés de sueurs. Du reste, les symptômes précurseurs, lorsqu'ils existaient, étaient variables comme ceux des fièvres éruptives.

Invasion. — Début par des sueurs fétides, et d'une abondance telle que les vêtements et le lit du malade en étaient traversés.

Chez beaucoup, la fièvre a été médiocre; le caractère principal était une sensation douloureuse de constriction épigastrique et d'étouffement quelquefois très-intense. Dans certains cas, elle mesurait toute la longueur du tronc.

Chez quelques-uns on a observé des crampes. La durée de la première période était de trois à quatre jours, durant lesquels il y avait alternativement des rémissions et des paroxysmes.

Éruption. — Picotements violents, principalement dans le dos et dans les membres; agitation vive, soubresauts dans les membres; chez d'autres, sensation de démangeaison formicante ou d'urtication. Alors apparaissait l'éruption vésiculeuse, qui commençait toujours par le dos et par la partie antérieure du thorax, et se portait ensuite sur les membres, principalement dans le sens de la flexion; la fièvre était alors plus intense, et les angoisses épigastriques plus prononcées; mais rarement on observait à cette époque de la céphalalgie et des nausées. Bientôt une sueur abondante ruisselait de toute la surface de la peau, et était suivie d'une rémission prononcée dans les symptômes.

Au bout d'un intervalle variant de douze à vingt-quatre heures, survenait un nouveau paroxysme avec les mêmes phénomènes. Les vésicules se multipliaient et devenaient, dans certains cas, presque confluentes; le liquide devenait opaque et comme purulent; quelques-unes s'affaissaient, et alors commençait la desquamation.

La langue offrait un enduit épais et blanchâtre, sans sécheresse; constipation résistant aux purgatifs; insomnie due aux paroxysmes et au prurit.

Desquamation. — Elle commençait au bout de dix à douze jours; les sueurs cessaient complétement, et, s'il survenait une nouvelle éruption, son étendue et sa durée étaient très-limitées. L'appétit revenait, et la langue se nettoyait, et alors commençait la convalescence.

Telle était la marche de la suette bénigne. Lorsqu'elle devait avoir une terminaison funeste la mort survenait toujours de la même manière, le malade succombant à la violence de la constriction épigastrique; la suffocation arrivait au milieu des plus pénibles angoisses. La mort survenait en général du troisième au quatrième jour.

Les auteurs citent quelques cas de suette sans éruption, et un seul de miliaire sans sueur.

Quant aux caractères des vésicules, ils ont reconnu trois variétés : la miliaire rouge, la bulleuse et la blanche ; cette dernière était sans auréole comme les sudamina. En général la chaleur de la peau fut vive ; le pouls fut large et développé, mais dans quelques cas seulement. Les forces étaient déprimées dès le début, et souvent la faiblesse persistait longtemps encore pendant la convalescence.

Un grand nombre de malades ont présenté des aphtes et des exsudations pseudo-membraneuses sur les gencives. C'est ce que l'on a observé dans presque toutes les épidémies de suette miliaire.

Le sang tiré de la veine était en général très-strié ; le coagulum était mou, et comme diffluent.

Trois autopsies seulement ont pu être faites, et encore les auteurs n'ont pu en être témoins.

Il existait dans ces trois cas un développement très-prononcé des follicules isolés de Brunner. Cette éruption avait tout à fait l'aspect d'une éruption vésiculeuse, formée de boutons transparents ombiliqués au centre, et laissant écouler par la section un liquide blanchâtre.

La suette miliaire dont nous venons de voir ici la description a beaucoup de rapport avec une autre épidémie de suette, observée par M. Rayer dans le département de l'Oise, en 1821, et dont il nous a laisé une monographie. Mêmes phénomènes au début, même marche, même degré de chaque symptôme, mêmes sueurs, mêmes picotements de la peau, même éruption, même constriction épigastrique, et enfin mêmes effets produits par les mêmes moyens thérapeutiques. Dans les deux épidémies, on a observé des douleurs profondes à l'hypogastre, accompagnées de dysurie et de rareté des urines, malgré l'absence de vésicatoires.

La différence qu'on pourrait signaler entre ces deux affections, c'est la gravité beaucoup plus grande des symptômes encéphaliques, ainsi que du pronostic, dans l'épidémie de Seine-et-Marne.

Les indications thérapeutiques furent prises par tous les médecins dans les symptômes prédominants; pour les *sueurs*, on se borna aux règles de l'hygiène, on ne chercha pas à les provoquer par des sudorifiques, mais on évita une suppression brusque. Cependant quelques praticiens donnèrent à cet égard dans les deux extrêmes ; les auteurs de ce mémoire se sont fort bien trouvés d'un terme moyen, qui avait d'ailleurs déjà fort bien réussi à M. Rayer en 1821.

Ils n'ont pas cru voir la saignée générale indiquée contre l'épigastralgie, quoiqu'un médecin de la localité, M. Châtelin, leur eût assuré en avoir retiré de grands avantages.

Les sangsues leur ont au contraire paru fort efficaces ; elles diminuaient notablement la constriction épigastralgique.

L'un des auteurs du mémoire, regardant l'affection comme purement nerveuse, s'est borné aux antispasmodiques, aux opiacés et aux révulsifs, et sa méthode a été la plus heureuse, puisqu'il n'a perdu aucun malade.

Les autres moyens employés ont été les potions éthérées avec ou sans addition de laudanum, les sinapismes et les vésicatoires.

La constipation était le symptôme le plus rebelle et le plus difficile à traiter rationnellement, car on craignait de faire passer les purgatifs irritants sur une muqueuse que l'on supposait si irritée ; on s'est contenté de légers laxatifs, tels que les lavements au lait, à l'eau de guimauve, à l'huile, etc. Les purgatifs par la bouche ne procuraient pas un soulagement aussi notable, ni aussi prompt ; on eût enfin désiré que les malades fussent plus sobres sur l'article des tisanes, afin de ne pas tant pousser à la peau; mais il était presque impossible de se refuser à leurs instances souvent et vivement réitérées.

REVUE MÉDICALE.

(Octobre, novembre et décembre 1839.)

Recherches sur la morve aiguë ; par MM. Nonat, D.-M., et Bouley, interne des hôpitaux.

C'est à un cas de morve aiguë qui se présenta, le 18 février 1839, dans le service confié à M. Nonat, à l'Hôtel-Dieu, que nous sommes redevables des quelques réflexions que nous allons soumettre à nos lecteurs.

Il est de la destinée de certaines maladies de n'entrer dans le cadre nosologique qu'après avoir été ou longtemps méconnues, ou l'objet de doutes et de controverses, jusqu'à ce qu'un observateur plus habile ou plus attentif vienne en démontrer l'existence par des faits irrécusables. C'est ainsi que la transmission de la morve du cheval à l'homme, tour à tour admise et rejetée, est aujourd'hui une vérité médicale qui ne saurait être niée. C'est aux laborieuses recherches de M. Rayer que le monde médical est redevable de la connaissance d'un état pathologique dans lequel se manifeste pourtant presque toujours un groupe de symptômes qu'on ne saurait oublier alors qu'on en a été une fois témoin.

Pourquoi a-t-on gardé si longtemps le silence sur la contagion ou la transmission par inoculation du principe morveux des solipèdes à l'homme ? C'est parce qu'en général les vétérinaires n'ont en pathologie médicale que des connaissances extrêmement bornées, ou que, chez la plupart, la science est remplacée par des préjugés ou par une routine qui exclut souvent l'application bien entendue des règles de l'art de guérir. Une autre considération, qui est également très-puissante, c'est que les hommes qui sont le plus exposés à

contracter le principe morveux, soit par infection, soit par inoculation, sont sans contredit les palefreniers, et que ces hommes sont presque toujours conduits dans les hôpitaux; on conçoit alors pourquoi les médecins appelés à diagnostiquer des cas de morve transmise n'aient pas reconnu chez l'homme une maladie dont la plupart ignoraient les symptômes chez les chevaux.

La morve chez les chevaux n'est-elle pas plus fréquente de nos jours qu'elle ne l'était dans le siècle dernier?

Si, indépendamment de la contagion, on admet comme causes de développement spontané de la morve l'entassement des animaux dans les écuries, l'aération incomplète, l'obscurité, l'humidité du local où ils sont placés, les marches forcées ou des travaux exagérés, et surtout une nourriture insuffisante ou malsaine, il est évident que ces causes se sont trouvées plus fréquentes et plus marquées depuis la fin du siècle dernier. En effet, jamais l'entassement des chevaux n'a été plus grand que pendant les guerres de la république et de l'empire; jamais les grandes villes, et la capitale surtout, n'ont vu, comme dans ces derniers temps, toutes leurs rues sillonnées par des milliers de voitures; l'entassement des chevaux est devenu tel que dans quelques écuries on place jusqu'à vingt chevaux là où dix devraient à peine tenir; ajoutez à cela la cherté des fourrages, la cupidité des entrepreneurs, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, en France, la plupart des médecins vétérinaires niaient la transmission du principe morveux par contagion du cheval à l'homme : au contraire, en Angleterre, en Allemagne, aux États-Unis et en Italie, les journaux de médecine rapportaient des observations tendant à démontrer cette contagion comme chose certaine. Frappé de cette divergence d'opinions entre les auteurs français et les auteurs étrangers, M. Rayer chercha les moyens de résoudre la question. Bientôt l'occasion s'offrit à lui. Au mois de février 1837, un palefrenier atteint de morve aiguë entra dans son service à l'hôpital de la Charité. M. Rayer soumit ce cas à l'Académie; les médecins vétérinaires s'élevèrent contre ce fait, et M. Rayer fut seul à lutter contre eux; dès lors il se voua à l'étude de la morve chez le cheval, consulta les travaux des vétérinaires, fit une foule de recherches longues et laborieuses, qui amenèrent de longues discussions, enfin cette conclusion : *La morve est transmissible du cheval à l'homme par contagion ou par inoculation.*

A la suite de ces considérations, nous trouvons l'observation de morve aiguë que MM. Nonat et Bouley examinèrent dans leur service. Ils ne se bornèrent pas à un simple examen, ils eurent recours aux expériences : ils inoculèrent dans les naseaux de deux chevaux du pus provenant d'un des abcès de l'homme qu'ils avaient eu à traiter. Un des chevaux périt au bout de dix-huit jours avec tous les symptômes de la morve aiguë; l'autre, qui succomba au bout de vingt-quatre jours à une rupture de l'aorte, offrait aussi des symptômes de morve aiguë. Ils inoculèrent également à un cheval la matière sanieuse qui s'écoulait des fosses nasales; cet animal ne tarda pas à périr.

Observations pratiques sur les bons effets du massage, de la gymnastique et des bains de vapeur dans le traitement des maladies articulaires chroniques; par M. le D. Séguin d'Alby.

Il n'est pas rare de voir survenir, à la suite de diverses maladies, et principalement des affections rhumatismales et goutteuses, des arthrites chroniques, des fractures, des luxations, des intoxications métalliques, alors même que la cause morbide est détruite; des roideurs musculaires, des contractions, des engorgements et des empâtements cellulaires autour des articulations; une grande gêne dans les mouvements de ces derniers organes, une diminution dans leur étendue, quelquefois une impossibilité absolue de les produire. La cause première des désordres et incommodités qu'entraîne ce déplorable état est due aux affections diverses qu'ont éprouvées les malades, à l'élément rhumatoïde, arthritique ou inflammatoire qui a exercé son influence sur eux. Mais il est une autre cause qui agit peut-être d'une manière plus immédiate et plus directe, nous voulons parler du repos. Autant, en effet, dans certains cas le repos est nécessaire pour obtenir la disparition des accidents morbides dont un organe est affecté, autant il est nuisible et fatal dans d'autres circonstances. Ceci s'applique surtout aux organes qui exécutent des mouvements ou qui y contribuent.

Dans des cas semblables, M. Séguin s'est parfaitement trouvé du massage et des bains de vapeur; il a vu des accidents datant de plusieurs années céder à cette heureuse médication que M. le professeur Récamier a vantée à si juste titre. Plusieurs exemples cités à propos viennent encore rendre plus concluants les préceptes dictés par M. Séguin. Nous tracerons ici les conclusions de son travail :

1° Un repos trop prolongé des organes locomoteurs, lorsqu'ils ont été le siége d'une inflammation quelconque, a des conséquences funestes pour le jeu de ces mêmes organes;

2° Lorsque les mouvements sont abolis ou restent incomplets, une des médications les plus puissantes est l'exercice successivement gradué des parties affectées. La persistance de la douleur n'est pas une contre-indication, lorsqu'elle n'est augmentée que passagèrement et qu'elle n'est point accompagnée de symptômes inflammatoires;

3° Il faut persister dans l'usage de ces moyens pendant un temps souvent fort long, et ne pas craindre de les employer dans certains cas avec beaucoup de vigueur, si l'on veut vaincre la résistance musculaire;

4° Enfin, l'un des moyens qui favorisent de

la manière la plus efficace le succès de ce traitement se trouve dans l'emploi des bains et des douches de vapeurs.

Note sur la stérilité et l'amaurose chlorotiques, par M. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire.

Lors de son premier Mémoire sur la chlorose, M. Blaud avait déjà noté bon nombre de troubles organiques produits par cette affection. Mais depuis 1832 de nouveaux faits sont venus frapper ce praticien, et parmi les plus remarquables se trouvent la stérilité et l'amaurose chlorotiques.

Les causes de la stérilité n'ont été jusqu'ici recherchées que dans des lésions des parties sexuelles, telles que l'absence du vagin, son étroitesse ou son oblitération soit naturelle, soit accidentelle, l'absence de l'utérus, l'occlusion, le défaut de conformation, la direction vicieuse, l'engorgement, la dureté de son col, certaines maladies des ovaires, etc.; mais la chlorose n'avait pas fixé l'attention des praticiens sous le point de vue étiologique que nous examinons.

Cependant il est facile de concevoir que lorsque l'hématose est viciée, que son produit, le sang, est en grande partie privé de son produit actif, de son principe colorant, les organes, manquant de leur excitant naturel, deviennent moins propres à exercer leurs fonctions respectives; et celles de la matrice et des ovaires peuvent, comme toutes les autres, être profondément troublées et même totalement suspendues en ce qui a rapport à la production des germes et à la transmission de la liqueur prolifique,—ce qui constitue la stérilité.

Au reste, ce que la théorie physiologique ne peut se refuser d'admettre, M. Blaud le confirme pleinement par des faits pratiques qu'il met sous les yeux de ses lecteurs.

Les observations qu'il rapporte sont au nombre de quatre. Les personnes atteintes de chlorose avaient de quinze à vingt-deux ans; toutes étaient mariées et pas une n'avait encore pu concevoir; à peine le traitement anti-chlorotique eut-il été administré, que ces jeunes femmes recouvrèrent tout à la fois et leur fraîcheur et leur embonpoint, et que toutes devinrent mères très-promptement.

De ces observations, M. Blaud conclut: 1° que la chlorose peut atteindre les femmes comme les jeunes filles, et que souvent le mariage, bien loin d'en être le remède, ne tend, au contraire, qu'à l'aggraver; 2° que la stérilité en est l'effet incontestable; 3° que par le traitement anti-chlorotique cette complication disparaît aussi aisément que la maladie dont elle dérive.

Quant à l'amaurose, nul doute que la chlorose ne puisse la produire par le seul effet de l'altération du sang qui n'excite plus convenablement l'appareil de la vision. Bien que M. Blaud n'en cite qu'un fait, nous le croyons assez concluant pour le rapporter en entier.

Marguerite Combet, âgée de vingt et un ans, irrégulièrement menstruée, était chlorotique depuis dix-huit mois, et depuis un an amaurotique, lorsqu'elle fut amenée à M. Blaud le 5 décembre 1838. Aux symptômes de la chlorose s'était jointe, dans le mois de décembre 1837, une céphalalgie vive au côté gauche du front, qui, peu après, fut suivie de la dilatation de la pupille du même côté avec un obscurcissement de la vue, qui finit par une cécité complète. Bientôt la vision du côté droit avait commencé à s'affaiblir et la malade pouvait à peine se conduire, lorsque M. Blaud l'examina. Les symptômes de la chlorose étaient évidents: la pupille de l'œil gauche était largement dilatée et ne se contractait pas à la lumière; celle de l'œil droit, dilatée aussi, était encore un peu sensible à l'action de ce fluide. La vision était abolie à gauche, très-affaiblie à droite, et tout portait à croire que la cécité serait devenue complète si la maladie avait été abandonnée à elle-même. Le 5 décembre, pilules anti-chlorotiques; le dixième jour, la chlorose s'était entièrement dissipée, et avec elle tous les symptômes amaurotiques: les pupilles n'étaient plus dilatées et avaient repris leur contractilité normale à la lumière; la vision était pleinement rétablie.

Du siége, de la nature et du traitement de la chlorose; par P. Jolly, D.-M.

La chlorose paraît avoir été observée dans tous les temps, car on en trouve des descriptions plus ou moins complètes dans la plupart des écrits anciens et modernes; mais rien de plus variable que les opinions des auteurs sur le siége, la nature et le traitement de cette maladie. D'abord, Galien l'a fait consister dans l'engorgement de la rate; Hippocrate, Sydenham, Cabanis, M. Roche, dans l'asthénie des organes génitaux; Cullen dans une adynamie de l'estomac, Gardien dans une fièvre gastrique, Boisseau dans un défaut des qualités stimulantes du sang; Astruc, Andral, dans un excès de sérosité sanguine; pour M. Jolly, enfin, le système nerveux est l'élément organique primitivement et spécialement affecté dans l'état chlorotique. Quoiqu'il y ait de la justesse et de la vérité dans cette opinion, elle ne saurait cependant être admise sans restriction. Voici, du reste, les conclusions auxquelles est arrivé M. Jolly:

1° Les maladies décrites par les auteurs sous les noms de *chlorose*, *pallidus morbus*, *fœdi colores*, *icteritis alba*, *anémie*, *hydroémie*, constituent une seule et même affection dont l'identité est suffisamment établie par la similitude de leurs causes, de leurs caractères anatomiques et physiologiques, ainsi que par l'analogie de leur traitement;

2° Ces diverses formes de la même maladie, qu'il convient d'identifier sous la seule dénomination d'anémie ou d'hydroémie, ne

constituent pas, comme on l'a pensé, une affection directe et essentielle du sang, mais bien un effet d'asthénie nerveuse ayant pour résultat nécessaire une hématose imparfaite, une détérioration de la vitalité propre du sang;

3° L'état anémique, ainsi considéré comme étant lié à une affection primitive de l'innervation, rend parfaitement raison de la simultanéité des désordres qui s'opèrent dans les divers appareils sensitif, respiratoire, circulatoire, musculaire, digestif, sexuel, etc.;

4° Le traitement de cette maladie doit être spécialement dirigé contre l'affection nerveuse, d'où émanent primitivement les diverses séries de symptômes, plutôt que contre les symptômes eux-mêmes;

5° Enfin les préparations de fer diversement combinées sont le moyen de traitement par excellence des maladies anémiques, comme elles sont le spécifique le plus certain contre les diverses sortes d'asthénies nerveuses; mais, au lieu d'agir directement sur le sang, elles ne modifient ses qualités physiques, chimiques et vitales, que par l'intermédiaire du système nerveux ganglionnaire qui tient sous sa dépendance et les organes d'hématose, et les qualités du sang lui-même.

Quelques réflexions sur les bons effets de l'hygiène dans le traitement des maladies, suivies de deux observations qui constatent son influence salutaire; par M. Ronzel père, D.-M. à Saint-Etienne-aux-Claux (Corrèze).

L'hygiène est l'art de conserver la santé; ses moyens sont tous les agents de la nature qui exercent quelque influence sur l'homme. L'air, les aliments et les boissons sont sans contredit les principaux; l'air surtout est celui qui agit de la manière la plus générale et la plus efficace, celui au milieu duquel vivent tous les êtres qui sont sur la terre. Ses effets sont si puissants dans le traitement de la plupart des maladies, que, sans son secours, les indications les plus positives, la thérapeutique la plus judicieuse et les traitements les plus réguliers échouent dans le plus grand nombre des cas.

Que de fois ne voit-on pas de malheureux malades, ou de pauvres artisans gémir et croupir des années entières dans des habitations basses et humides avec peu ou point d'ouvertures. Ces maisons sont ou ombragées par des arbres épais et touffus, ou entourées de mares et d'eaux stagnantes : de là, les rhumatismes chroniques, le gonflement des articulations, les engorgements lymphatiques, les rhumes, les catarrhes, les langueurs, la ruine des tempéraments, etc.

Lorsque la belle saison arrive, ces victimes vont respirer l'élément bienfaisant qui vivifie toutes choses, et leurs maux s'allègent, leur santé s'améliore. Mais bientôt apparaît l'automne, ou l'hiver avec ses brumeuses journées et ses temps froids et humides; alors ces malheureux rentrent dans leur gîte pour n'en plus sortir, et pour être en proie de nouveau aux mêmes indispositions.

Si les *circumfusa* sont viciés, les *applicata* et les *ingesta* ne sont pas meilleurs. Et rien ne peut atténuer le mal qui dévore ces pauvres créatures, rien, si ce n'est l'hygiène bien entendue et sagement appliquée.

C'est après avoir raisonné ainsi que M. Ronzel nous rapporte deux observations dans lesquelles l'hygiène a produit en effet des résultats remarquables.

La première a pour sujet une femme de vingt-huit ans qui, après s'être mariée, alla habiter une maison malsaine, humide, sombre, etc. Bientôt l'ennui et la solitude vinrent aussi torturer son âme, et ses couleurs commencèrent à disparaître : elle devint cependant enceinte. Mais bientôt il se forma sous la mâchoire des engorgements lymphatiques qui s'abcédèrent. Un jeune praticien donna ses soins à la malade durant quatre mois. Il employa, mais en vain, tous les moyens que put lui suggérer son génie : il ne pensa jamais à faire cesser la cause qui produisait tous les accidents. Enfin, M. Ronzel fut appelé et prescrivit le changement d'habitation, de la distraction et des courses en plein air : la malade recouvra promptement sa fraîcheur et son embonpoint; les abcès ne tardèrent pas à se fermer.

La seconde observation est d'autant plus curieuse que la maladie récidiva quatre fois : elle fut combattue trois fois par les moyens appropriés, et les engorgements disparurent promptement; mais le malade se mettant tous les hivers dans de mauvaises conditions, la mort vint terminer sa carrière avant qu'une quatrième tentative de lui conserver la vie ait pu être mise en usage.

Considérations sur l'inflammation et sur le traitement de l'empoisonnement par les préparations arsenicales; par M. Riche, D.-M. à Obernay.

Que se passe-t-il lorsqu'une préparation arsenicale est ingérée dans l'estomac?

Les premiers symptômes de réaction sont la douleur, les nausées et les vomissements.

Les points sur lesquels les particules de poison sont déposées s'irritent, rougissent, se tuméfient; le tissu cellulaire sous-jacent se remplit de liquide, augmente d'épaisseur, s'enflamme; la muqueuse gastrique sécrète une plus grande quantité de mucus qui tend à diluer et envelopper les parcelles arsenicales.

L'absorption n'a lieu que par les parties de la muqueuse qui ne sont pas irritées, et ne s'exerce que sur les parties du poison dissoutes dans les liquides que contient l'estomac.

Pour traiter un sujet empoisonné avec une préparation arsenicale, il faut d'abord remplir l'estomac de liquides gras, huileux, mucilagineux (lait, huile, mucilages concentrés), provoquer le vomissement au moyen d'émé-

tiques énergiques (ipéca, racine de cabaret, sulfate de cuivre) ; neutraliser ce poison, s'il n'est pas en trop grande quantité (sous-carbonate de fer en poudre ou en pâte) ; irriter vivement toute la surface gastro-duodénale, de manière à y produire une inflammation superficielle avec sécrétion muqueuse (alcool, vin, eau sinapisée), pour y empêcher l'absorption ; enfin, lorsque le danger de l'absorption n'est plus à craindre, combattre l'inflammation par des saignées locales et générales et par les autres moyens appropriés.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(Octobre 1839)

Sur la nicotiane, son action sur l'homme malade, et sur son efficacité dans différentes affections morbides; par M. Szerlecki, D.-M. à Mulhouse.

Avant de tracer l'histoire de l'action médicamenteuse de la nicotiane, l'auteur de ce Mémoire, M. Szerlecki, cherche à déterminer si l'usage du tabac est innocent ou nuisible. Tissot, dans son ouvrage sur les maladies des gens de lettres, et contrairement à l'opinion des auteurs les plus célèbres de thérapeutique, condamne absolument l'usage du tabac, et prétend qu'aucun grand fumeur n'est parvenu à une vieillesse avancée. Ce fait est contraire à l'expérience de tous les jours.

Relativement à l'action du tabac sur l'homme malade, à son efficacité dans les différentes maladies, les auteurs sont aussi fort peu d'accord ; M. Szerlecki, lui, n'hésite pas à regarder la nicotiane comme un des remèdes les plus efficaces que nous possédions ; et il cite son action salutaire dans les hernies étranglées, son efficacité contre la dysurie et l'ischurie spasmodiques, contre les névroses qui sont les conséquences de l'onanisme, contre les pollutions nocturnes, etc., etc.

Evidemment, selon nous, la belladone ou le datura rempliront avec avantage les mêmes indications thérapeutiques.

M. Szerlecki, dans son Mémoire, publie ce que sa propre expérience lui a appris sur l'action médiatrice du tabac. Il l'a expérimenté dans un grand nombre de cas, dans différentes maladies ; c'est à ce titre seulement que nous ferons connaître à nos lecteurs son opinion sur ce remède.

Avant de commencer l'exposé de l'action de la nicotiane, il est utile de dire que l'auteur n'entend parler que de la plante recueillie et préparée dans les pharmacies de la même manière que les autres plantes, et non du tabac disposé pour l'usage des fumeurs, lequel doit au principe empyreumatique qui se produit dans la combustion des propriétés irritantes qu'il n'a pas par lui-même.

«Pour arriver à une connaissance exacte de l'action du tabac, dit M. Szerlecki, il faut comparer ses effets à des doses différentes, dans les diverses maladies. Or, ce qui frappe l'observateur, quand on emploie le tabac à des doses un peu fortes, c'est cet état prompt de relâchement, d'affaiblissement qui survient chez les malades; les sujets les plus forts deviennent abattus, ont des tremblements dans les membres, les extrémités inférieures ne peuvent presque pas supporter le poids du corps; l'individu pâlit, il crache souvent une salive claire; quand on continue le tabac, ses effets augmentent, il survient des nausées, des vomissements, des déjections alvines, mais ordinairement sans aucune douleur abdominale; les urines sont sécrétées en plus grande quantité, le pouls diminue de force et de fréquence.»

M. Schubarth a fait des expériences très-intéressantes, desquelles il résulte que le tabac a la plus grande analogie avec la digitale, dans ses effets sur les hommes et sur les animaux : tous deux diminuent le nombre des pulsations, tous deux sont diurétiques; cependant il est démontré que la digitale est beaucoup plus nuisible, même à petites doses, que la nicotiane. M. Schubarth a fait vingt-deux expériences qui constatent ces effets.

Le tabac a donc une action très-prononcée sur la circulation. L'auteur de ce Mémoire dit en avoir retiré de très-bons effets dans le traitement de l'hémoptysie active ; dans d'autres maladies, dans l'hydropisie, par exemple, la digitale est mieux supportée par les individus lymphatiques, atteints d'hydropisie non inflammatoire; le tabac, au contraire, est très-mal supporté dans l'hydropisie atonique, et devient très-utile dans l'hydropisie active. Il est toujours efficace dans les cas où il s'agit de déprimer fortement l'énergie vitale, les forces; il agit en déprimant en même temps l'irritation du système vasculaire et la sensibilité du système nerveux.

Dans les hernies étranglées, dans l'iléus, dans la coqueluche, le tabac, selon M. S..., présente aussi une grande analogie d'action avec la belladone. Cependant il existe quelques différences : la belladone déprime fortement la sensibilité nerveuse, et augmente en même temps l'irritation vasculaire; elle accélère fortement la circulation, tandis que le tabac, tout en déprimant la sensibilité, ralentit la circulation sanguine. Il y a encore un phénomène caractéristique qui distingue l'action de ces deux agents médicamenteux : pendant que la belladone dilate fortement la pupille, la nicotiane la resserre d'une manière spécifique; cet effet se produit même par son emploi topique sur l'œil.

M. Szerlecki trouve aussi, dans les effets du tabac employé à doses fortes, beaucoup d'analogie avec ceux qui sont produits par l'opium. L'action sédative des fortes doses du tabac se démontre surtout dans le tétanos traumatique, contre lequel on avait aussi vanté l'opium. Les effets analogues entre l'opium et le tabac se retrouvent aussi dans les différentes espèces de coliques, notamment dans la colique de plomb, dans le rhumatisme, dans les névralgies, dans la migraine. Il faut encore noter quelques différences dans ces deux mé-

dicaments : l'opium émousse la sensibilité accrue, en excitant en même temps la circulation sanguine; puis, en même temps qu'il calme les douleurs et le désordre nerveux, il diminue toutes les sensations, excepté celle de la transpiration ; tandis que le tabac les excite, les augmente, tout en ralentissant la circulation.

D'après les observations de M. S..., le tabac exercerait dans quelques maladies une action spéciale et salutaire qui lui est propre. Ainsi, dans le cas de catarrhe vésical, dans la dysurie, dans l'ischurie, dans l'otalgie, dans les différentes maladies de la peau, dans les ulcères, etc., etc., on en obtient, selon l'auteur, de fort bons effets.

Parlons du mode d'administration du tabac. M. Szerlecki appelle doses moyennes ou un peu fortes, quatre, huit, dix grains, sous forme de poudre; ou cinq, dix ou douze gouttes, sous forme de teinture, données toutes les une, deux ou trois heures; ou d'un scrupule, un demi-drachme et un drachme, deux drachmes, en infusion, sous forme de lavement. Mais il ne faut pas oublier qu'il est impossible de fixer la dose, car une dose très-petite, une goutte, par exemple, ou un grain, peut déjà compter pour dose moyenne chez une personne très-sensible au tabac (et l'on rencontre assez fréquemment cette idiosyncrasie), — tandis que chez d'autres personnes, il faudra une dose quatre, six, dix fois plus grande, pour avoir le même effet; et enfin, les doses dépendent aussi du caractère de la maladie : dans le tétanos, par exemple, il faudra employer une dose dix à vingt fois plus forte qu'on ne l'emploie pour de simples coliques.

Le tabac à petites doses (un, deux, quatre grains en poudre; ou une, deux, cinq gouttes, sous forme de teinture, données à des intervalles assez longs; ou bien cinq, dix, quinze grains en infusion, sous forme de lavements, administrés une ou deux fois par jour) agit d'une manière spécifique sur le cervelet et sur la moelle épinière et les nerfs qui en dérivent. «Non-seulement, dit M. Szerlecki, la catalepsie, l'épilepsie, les pollutions nocturnes ont été traitées avec succès par de petites doses de tabac; mais l'incontinence de l'urine, due à la paralysie de la vessie, et la paralysie des extrémités, ont été guéries d'une manière non douteuse par le seul emploi persévérant de petites doses de nicotiane.»

On doit à M. Fischer des observations curieuses à cet égard, mais qui demanderaient à être de nouveau expérimentées avec soin.

En terminant la première partie de son Mémoire, l'auteur indique la décoction de tabac comme un remède très-avantageux contre l'empoisonnement causé par les champignons; le docteur Emerson regarde aussi le tabac comme un remède efficace contre l'empoisonnement par l'arsenic. Nous indiquerons prochainement son action spéciale dans différentes maladies.

Recherches cliniques sur l'action de l'acide hydrocyanique, et des préparations du cyanogène dans diverses maladies; par M. Max Simon.

L'auteur de ces recherches s'est proposé d'examiner quelle était l'influence de l'acide hydrocyanique et des préparations de cyanogène dans les différentes maladies. Nous allons rendre compte des résultats auxquels il est parvenu.

Maladies du cœur. — C'est l'école contre-stimuliste, dit M. Simon, qui a surtout préconisé l'emploi de l'acide hydrocyanique dans les palpitations nerveuses, ou les maladies organiques du cœur, et dans les affections tant aiguës que chroniques de la poitrine. Borda, Brera, Macléod, Heincken ont regardé cet agent thérapeutique comme un puissant sédatif de la circulation. Faut-il suspecter les résultats obtenus par ces médecins? M. Max Simon y paraît disposé, parce qu'ils contredisent ses propres expériences; nous aussi peut-être, si nous ne regardions pas comme nécessaire encore pour la solution de la question l'observation de nouveaux faits, bien établis, bien discutés.

Sur huit cas observés par M. Max Simon, deux seulement ont été remarqués, dans lesquels il semblait que l'acide hydrocyanique ou le cyanure de potassium développaient une action hyposthénisante. Dans ces deux cas, il a paru évident que, dès le deuxième ou troisième jour de l'administration du médicament stupéfiant, il y avait diminution de force dans les battements du cœur. Les doses furent progressivement augmentées les jours suivants, mais l'état des malades resta invariable.

Dans les autres cas, on remarqua les effets physiologiques ordinaires, savoir : un sentiment de chaleur à l'estomac chez les uns; chez les autres des nausées plus ou moins fortes; chez ceux-ci quelques vertiges; chez plusieurs rien ne fut rencontré qui méritât d'être signalé.

Ainsi, d'après les observations de M. Max Simon, les agents thérapeutiques dont il est ici question n'ont pas une action sédative assez puissante pour modifier notablement les affections du cœur.

Passons maintenant à la phthisie pulmonaire.

Phthisie pulmonaire. — L'auteur de cette note avoue que dans les cas de phthisie il n'a jamais vu la maladie recevoir la moindre influence de l'acide prussique et des préparations de cyanogène; pas même cette propriété de calmer la toux des phthisiques, que plusieurs médecins avaient attribuée spécialement à l'acide prussique, n'a pu être observée par M. Simon. M. Fantonetti, professeur de clinique à l'université de Pavie, a observé souvent ce phénomène, et il se plaint, dans une lettre insérée dans le *Bulletin thérapeutique*

que nous analysons, de ce qu'on a cherché à mettre en doute l'authenticité de ses observations. En publiant les heureux résultats qu'il a obtenus par le secours de l'acide prussique, M. Fantonetti engage ses collègues à diriger leur attention sur ce puissant agent thérapeutique, mal à propos trop redouté.

Observations pharmacologiques sur quelques plantes narcotico-âcres, par E. Soubeiran.

M. Soubeiran vient de faire quelques expériences dans le but de comparer entre elles les différentes préparations pharmaceutiques qui ont une base médicamenteuse commune ; nous rapporterons ce qui concerne les plantes narcotico-âcres les plus employées en médecine.

Ciguë. Cent parties de feuilles vertes de ciguë, mondées de leurs grosses côtes, ont donné à M. Soubeiran dix-sept parties de feuilles sèches ; par conséquent, une partie de feuilles sèches mondées équivaut à six parties des mêmes feuilles à l'état de fraîcheur.

Poudre de ciguë. Elle représente un poids égal au sien de feuilles sèches de ciguë mondées avec soin.

Extrait de ciguë. Il y a quatre espèces différentes d'extraits de ciguë : 1° l'extrait de ciguë préparé par évaporation du suc de la plante clarifié à chaud ; 2° l'extrait fait avec le suc de ciguë non dépuré, évaporé à la chaleur de l'étuve ; on le désigne souvent par l'expression d'extrait avec la fécule verte ; 3° l'extrait obtenu en traitant la plante sèche par l'eau ; 4° l'extrait alcoolique que l'on prépare au moyen de l'alcool à 56°.

Bien qu'il soit impossible d'établir entre ces extraits une comparaison d'une exactitude rigoureuse, cependant les données suivantes conduisent à des rapports approximatifs d'une utilité incontestable :

Cent parties de feuilles de ciguë bien mondées et sèches, étant épuisées par l'eau distillée, ont fourni quarante-deux parties d'extrait de consistance ferme.

Cent parties d'extrait de suc non dépuré, étant repris par l'eau distillée, ont fourni cinquante-six parties d'extrait de consistance ferme.

Cent parties de feuilles de ciguë mondées et sèches étant épuisées par l'alcool à 56°, ont donné vingt-cinq parties d'extrait.

Teinture de ciguë. La teinture de ciguë étant préparée suivant la formule du codex, on a les rapports suivants :

1 partie de teinture représente	0,23 poudre de ciguë. 0,06 extrait alcoolique.
1 gros de teinture représente	16 gr. de poudre de ciguë. 4 gr. d'extrait alcoolique.

La teinture de ciguë préparée avec la plante fraîche (alcoolature de M. Béral) est moins chargée.

1 gros d'alcoolature représente	6 gr. de poudre de ciguë. 1 gr. 1/2 d'ext. alcoolique.

Belladone. Voici sur quelle donnée l'auteur établit les rapports entre les différentes proportions de belladone : cent parties de feuilles fraîches de belladone, mondées avec soin, ont perdu à la dessication 84,5 ; une partie de feuilles sèches mondées représente par conséquent six de feuilles vertes.

La *poudre de belladone* représente la feuille elle-même pour l'emploi médical.

Extrait. Cent parties de feuilles sèches de belladone mondées, étant épuisées par l'eau, ont laissé trente-six parties de consistance ferme.

Cent parties de feuilles sèches mondées, étant épuisées par l'alcool à 56°, ont laissé trente-trois d'extrait de même consistance.

Cent parties d'extrait de suc non dépuré, étant repris par l'eau, ont donné trente-huit d'extrait soluble.

La *teinture de belladone* faite avec des feuilles sèches a la valeur comparative suivante :

1 partie de teinture représente	0,23 belladone sèche. 0,23 poudre de belladone. 0,08 ext. alcoolique bellad.
1 gros de teinture représente	16 gr. belladone sèche. 16 gr. poudre de belladone. 5,5 grains extr. alcoolique.
1 gros d'alcoolature représente	6 grains belladone sèche. 6 grains de poudre. 2 gr. d'extrait alcoolique.

Stramonium. Cent parties de feuilles de stramonium ont perdu à la dessication quatre-vingt-dix parties ; une partie de feuilles mondées représente par conséquent dix parties de feuilles fraîches.

Extrait. Cent parties de feuilles de stramonium mondées et sèches, étant épuisées par l'eau distillée, ont donné trente-six d'extrait.

Cent parties de feuilles de stramonium mondées et sèches, étant épuisées par l'alcool à 56°, ont fourni trente-six d'extrait.

Cent parties d'extrait de suc non dépuré, étant repris par l'eau, la solution a laissé trente-huit d'extrait.

Jusquiame. Cent parties de feuilles de jusquiame mondées avec soin ont perdu à la dessiccation quatre-vingt-sept parties ; une partie de jusquiame sèche représente donc huit parties de jusquiame fraîche.

Extrait. Cent parties de feuilles de jusquiame mondées et sèches, étant épuisées par l'eau, ont donné vingt-cinq parties d'extrait. Cent parties de feuilles de jusquiame mondées et sèches, étant épuisées par l'alcool

à 56, ont donné vingt-deux parties d'extrait.

Cent parties d'extrait de suc non dépuré de jusquiame étant repris par l'eau, ont donné trente-huit d'extrait soluble.

Aconit. L'aconit diffère des autres plantes que nous venons d'examiner, en ce qu'à une matière fixe (aconitine) se trouve associé, dans la plante fraîche, un principe non volatil qui se dissipe par la dessiccation ou par la chaleur, et que l'on ne peut s'attendre à rencontrer dans les préparations qui ont la plante pour base ou qui ont été faites avec le secours du feu.

Cent parties de feuilles d'aconit mondées ont perdu, en séchant, dix-sept parties, sauf la déperdition du principe volatil; une partie de feuilles sèches d'aconit équivaut donc à six parties de feuilles fraîches.

Extrait. Cent parties de feuilles sèches et mondées ont fourni à M. Soubeiran, étant épuisées par l'eau distillée, quarante-quatre parties d'extrait de consistance ferme.

Cent parties de feuilles sèches, étant épuisées par l'alcool à 56°, ont donné cinquante-cinq parties d'extrait.

Cent parties d'extrait de suc non dépuré, étant reprises par l'eau, ont donné 69,6 d'extrait soluble.

La *teinture d'aconit* donne la valeur comparative suivante :

1 partie teinture d'aconit représente	0,22 aconit sec. 0,22 poudre d'aconit. 0,08 extrait alcoolique.
1 gros de teinture alcoolique représente	17 grains aconit sec. 17 grains poudre d'aconit. 5,5 gr. extrait alcoolique.
1 d'alcoolature de Béral représente	38 grains aconit frais. 6,3 grains aconit sec. 6,3 grains poudre d'aconit. 2,3 gr. extrait alcoolique.

Telles sont les observations pharmacologiques recueillies par M. Soubeiran sur les plantes narcotico-âcres les plus employées en médecine.

Revue des journaux étrangers.

Emploi du carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine, par le D. Bodenius.

Ce praticien a repris les expériences déjà tentées par les Anglais et les Américains sur le carbonate de potasse dans les fièvres scarlatineuses. Il en a obtenu tant de succès dans une épidémie très-meurtrière, qu'il lui accorde autant d'importance dans ce genre d'affection, qu'au vaccin pour préserver de la variole. Voici son mode d'administration :

— Carbonate d'ammoniaque, 2 à 4 grammes; eau distillée, 90 grammes; sirop de guimauve, 32 grammes.

En prendre une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

Comme M. Bodenius paraît parler avec une conviction profonde, il importe, afin d'éviter toute cause d'erreur, de connaître tout son mode de traitement dans l'épidémie scarlatineuse dont il parle. Lorsque la fièvre était très-forte et accompagnée de symptômes cérébraux, il administrait des lavements à l'eau de son très-concentrée, avec deux ou trois cuillerées de fort vinaigre. Lorsque l'éruption apparaissait, il cessait ceux-ci pour donner le carbonate d'ammoniaque. A dater du neuvième jour, il faisait prendre un bain tous les deux jours. Dès le vingt-et-unième jour de la maladie il laissait exposer les enfants au grand air.

(*Medicinische Annalen.*)

Traitements du professeur Puchelt et du D. Roesch dans la dyssenterie.

Cette affection a régné épidémiquement à Heidelberg dans les années 1834, 1835 et 1836. M. Puchelt, professeur de clinique, pense que la dyssenterie est une maladie miasmatique à la manière de la fièvre typhoïde. Nous aimons mieux parler du traitement du praticien que de la théorie du professeur, qui est longue et obscure, et se sent beaucoup des anciennes explications purement humorales. Au début, il administre l'ipécacuanha à dose vomitive; plus tard, la racine de colombo. Lorsqu'il y a réaction fébrile et douleur fixe en un point de l'abdomen, il a recours aux sinapismes, aux sangsues et aux fomentations chaudes; dans le cas de phénomènes adynamiques il administre l'alun combiné avec l'opium.

Dans un autre article du D. Roesch sur le même sujet, il est fait un grand éloge du calomel à haute dose dans les dyssenteries graves. L'auteur débute par quelques sangsues à l'hypogastre ou à l'anus, et il les fait suivre par le calomel à la dose de vingt centigrammes pour les enfants et de cinquante pour les adultes, en deux doses, une le matin et une le soir; quelquefois il en donne aussi une au milieu du jour. Il y joint l'acétate de morphine en cas de douleurs vives et de ténesme.

Ce praticien emploie aussi le calomel à haute dose dans la fièvre typhoïde. (*Ibid.*)

Effets funestes de l'acétate de plomb dans la phthisie pulmonaire, par le D. Bicking.

Si nous-même nous n'avions pas déjà remarqué dans quelques services des hôpitaux de Paris des suites fâcheuses de l'emploi de l'extrait de Saturne, nous n'eussions pas fait mention de l'observation de l'auteur, qui est très-incom-

plète, bien qu'elle ne soit pas toutefois sans intérêt, à cause du mérite des auteurs, qui recommandent fortement ce médicament empirique.

M. Bicking fut consulté pour un garçon de douze ans, scrofuleux, déjà malade depuis trois mois. Maigreur, toux, crachats purulents, dyspnée, chaleur brûlante dans la poitrine, fièvre, sueurs nocturnes et diarrhée colliquative, tels étaient les symptômes qu'il présentait, et qu'on n'hésiterait pas à attribuer à la phthisie tuberculeuse, si on en lisait le tableau dans un ouvrage antérieur à la découverte du stéthoscope dont l'auteur n'a pas jugé à propos de faire usage ici. M. Bicking prescrivit, en désespoir de cause, douze milligrammes d'extrait de Saturne avec du sucre de lait à prendre quatre fois par jour. Les symptômes s'amendèrent contre toute attente. On continua donc le médicament pendant six semaines, et on le porta jusqu'à la dose de quinze centigrammes par jour. L'amélioration alla croissant comme la dose, si bien qu'au bout de trois mois *tout symptôme* de phthisie pulmonaire avait cessé, dit l'auteur, et l'enfant put retourner à l'école. C'est ici qu'on voit combien il eût été important d'avoir pratiqué l'auscultation avant et après l'administration du médicament qui nous occupe.

Le malade avait pris environ six grammes et demi de sucre de plomb lorsqu'on en abandonna l'emploi. Cependant il resta faible, affecté de dyspnée, de toux et de légers mouvements fébriles. On attendait une rechute, lorsqu'au bout d'un mois l'appétit se perdit et il survint des symptômes de colique saturnine. Le ventre se contracta, les selles devinrent rares et dures; la peau se teignit en jaune, la figure se tuméfia, les cheveux tombèrent, et il se manifesta des tremblements des membres, suivis bientôt d'un commencement de paralysie des jambes. Quinze jours après, le malade tomba dans le coma; paralysie d'une paupière et strabisme; mouvements spasmodiques des extrémités : mort le troisième jour. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite.

(*Journal de Hufeland.*)

De ce qu'il y a à faire lorsque le placenta se présente à l'orifice; par le D. Zoewenhardt, de Prenzlau.

Ce praticien a observé cette particularité chez des femmes de la classe laborieuse; aussi l'attribue-t-il à de violents exercices faits dans les premiers jours après la conception. En pareil cas, on conseillera l'accouchement forcé par le décollement latéral du placenta. Notre auteur y a eu recours dans six cas; il n'a réussi à sauver que deux mères et trois enfants. Peu satisfait de ce résultat, il propose comme une nouvelle méthode la perforation directe du placenta et la version par les pieds. Mais cette méthode, ainsi que le fait observer M. Busch, un des rédacteurs du journal allemand, est au contraire très-ancienne, et l'on y a renoncé, parce que, faisant passer l'enfant par la portion la plus épaisse du placenta, elle a l'inconvénient de rompre les gros vaisseaux de ce dernier au point de l'insertion du cordon ombilical, et de hâter ainsi la mort de l'enfant. Force est donc de se contenter de la première méthode, si peu satisfaisante qu'elle soit.

(*Nouvelle Gazette des accouchements.*)

Symptômes graves produits sur le pénis par la piqûre d'une araignée.

Un homme fut piqué au gland par une araignée, étant dans un lieu d'aisances. A peine s'en aperçut-il alors, mais une heure après, les douleurs étaient devenues extrêmes. Le D. Hulse, appelé immédiatement, trouva le malade dans toutes les angoisses de la souffrance.

Il n'y avait aucune trace d'irritation ni de gonflement sur la partie malade. Il y appliqua une forte solution de carbonate de potasse. Quelques minutes après, le malade fut pris de vomissements, de douleurs qui se prolongeaient jusque dans la poitrine, et de sensation de suffocation. Saignée; ammoniaque étendue et laudanum par cuillerée à café toutes les dix minutes; mais l'estomac rejette ces dernières; crampes. Lavements simples et à l'huile d'olives; teintures de camphre, de cantharides et de térébenthine. Au bout de deux heures les vomissements commencèrent à diminuer; mais les douleurs restèrent les mêmes. On continue l'ammoniaque et le laudanum; deux heures après, un quinzième lavement amène une évacuation à la suite de laquelle les douleurs s'apaisent un peu. Le soir on purge avec de l'huile de ricin. La douleur des jambes continue encore pendant la nuit, qui se passe sans sommeil.

Le lendemain, peu d'amélioration. Le soir double saignée du pied. Une heure après, le malade se trouve très-bien; il dort bien, ensuite il recommence à marcher, et se rétablit complétement en peu de jours.

Les araignées qu'on a trouvées depuis dans le lieu où il avait été piqué étaient grosses, de couleur brun foncé et poilues aux pattes et sur tout le corps.

(*American journal of the medical science.*)

Traitement de la scarlatine, par Magill, M.

En 1832, une fièvre scarlatineuse des plus meurtrières ravagea les comtés septentrionaux de la vallée de la Virginie, et s'étendit dans les comtés circonvoisins de Loudon et de Fauquier.

Le système des émissions sanguines fut universellement adopté dans la vallée.

Dans bon nombre de cas, le malade succombait immédiatement après la saignée, ou peu de jours après, dans un état de faiblesse dont rien n'avait pu le relever.

D'autres fois la gangrène ou des ulcères gangréneux se manifestaient autour de l'ouverture faite par la lancette. Les vésicatoires étaient quelquefois suivis du même résultat. Les cathartides administrés à d'autres malades furent suivis de phénomènes graves de prostration.

L'auteur, qui résidait dans la vallée, fut à même d'apprécier les résultats de la saignée. On les employa aussi dans les comtés de Loudon et de Fauquier. Mortalité effrayante. Par contre, un praticien qui eut la fermeté de rester attaché aux vieilles doctrines, obtint les succès les plus brillants, et ne perdit pas plus de deux malades sur cent. M. Magill a suivi depuis, dans le comté de Loudon, le mode de traitement qui avait si bien réussi à ce praticien, et avec le même succès. Voici ce traitement tel qu'il l'expose :

S'il était appelé dès le début de la maladie, il donnait l'ipécacuanha jusqu'à ce qu'il eût provoqué les vomissements. Il préférait beaucoup ce vomitif au tartre stibié, qu'il regarde comme trop irritant. Il agissait ensuite sur la peau au moyen des pédiluves, des bouteilles remplies d'eau chaude et d'infusions chaudes de safran, de menthe, etc., à l'intérieur. Si la langue se chargeait, il donnait un peu de calomel, mais avec réserve. Il tenait le ventre libre au moyen de légers minoratifs administrés toutes les vingt-quatre heures. S'il survenait le soir des exacerbations et du délire, il insistait un peu plus sur les cathartides qu'il administrait dans des infusions chaudes qu'il donnait seules d'ailleurs avec abondance. Il prévenait l'inflammation de l'arrière-bouche, ou au moins la soulageait au moyen de gargarismes faits avec une infusion de poivre de Cayenne; s'il survenait des ulcérations, il composait le gargarisme de teinture de quinquina et de myrrhe. L'engorgement des glandes du cou cédait à des applications de houblon trempé dans du vinaigre chaud et épaissi jusqu'à consistance de cataplasmes. Il nourrissait légèrement ses malades. Survenait-il de ces symptômes qui indiquent une vive congestion cérébrale ou pulmonaire, et qui semblent indiquer la saignée, il produisait un soulagement rapide au moyen des sudorifiques et des sinapismes. Le vomissement est difficile à provoquer dans ces circonstances; mais il produit d'heureux résultats.

Lorsque le malade est atteint subitement d'une prostration profonde, il recommande les sinapismes et les stimulants énergiques à l'intérieur, puis ensuite un vomitif.

Les ulcérations de la gorge, et la diarrhée qui en est souvent la conséquence, indiquent un traitement tonique et stimulant.

Les maladies consécutives à la scarlatine, telles que les suppurations des glandes, les hydropisies, sont traitées par les vins généreux et une nourriture facile à digérer, mais fortifiante. Il oppose aux obstructions viscérales de petites doses de calomel combinées avec l'ognon de mer. Il propose, mais seulement comme essai, les bains chauds salés pour rendre le ton à la peau.

(*The American journal of the med. sciences.*)

Etat de la médecine en Orient; par Valentine Mott, M.-D. de New-York.

Cet article, publié sous le titre de *the Gleanings in the East of a ci-devant invalid*, *in* 1838, offre quelques détails intéressants.

Le pacha d'Egypte envoie dans les écoles médicales de l'Europe, et surtout en France, de jeunes Arabes qui, après l'achèvement de leur éducation, retournent en Egypte aider les professeurs européens dans leurs rapports avec les élèves sédentaires, car les cours se font en français. M. Mott a entendu dire à quelques professeurs qu'il ne faut pas moins de huit ou dix années de séjour en Egypte pour pouvoir faire intelligiblement un cours en langue arabe.

L'école de médecine a été transférée d'Abouzabel à Esbekié dans le voisinage du Caire. Elle fait partie d'un bel et vaste hôpital militaire agréablement situé sur le bord occidental du Nil. Cet hôpital, lorsque l'auteur le visita, contenait treize cents malades. Les salles des cours sont parfaitement bien disposées, et l'amphithéâtre de dissection est pourvu d'une belle coupole vitrée qui laisse la lumière y abonder (avantage immense, aurait-on pu ajouter, dont ne jouissent pas les salles de dissection de la capitale du monde scientifique).

On trouve aussi dans cette école tout ce qui est nécessaire pour les travaux pharmaceutiques et chimiques. Le nombre des élèves était de deux cent soixante; ils résidaient tous dans l'hôpital, où ils sont d'ailleurs nourris et instruits aux frais du gouvernement. La discipline est tout à la fois médicale et militaire. Ils sortent de l'école avec le grade de sous-aides, après y être restés trois ou quatre années.

Le Muséum ne peut guère se composer que de pièces osseuses et de modèles. La chaleur du climat de l'Egypte et le haut prix de l'alcool empêchent qu'on y puisse conserver des pièces molles.

L'hôpital civil est situé au centre de la ville, dans un édifice spacieux qui était encore, il y a peu de temps, un des palais du pacha. Il renferme de deux à trois cents malades, outre quelques appartements pour les femmes en couches. Le quartier des femmes malades est surveillé avec autant de soin qu'un harem. On y a annexé une école de sages-femmes sous les soins d'un professeur français aidé d'un jeune Arabe.

Il y avait le jour de la visite de l'auteur seize de ces élèves à la leçon.

Elles lui apprirent qu'elles étaient instruites aux frais du pacha, afin d'être placées ensuite

dans les harems de ses favoris. Elles-mêmes ont été achetées à ses dépens sur le marché des esclaves au Caire; aussi voit-on parmi elles des femmes de toutes les couleurs.

» Cet établissement, ajoute M. Mott, a été sans doute fondé d'après les plans libéraux et philanthropiques des Français qui envoient chaque année un grand nombre de jeunes femmes instruites, non-seulement dans leurs propres départements, mais jusque dans toutes les autres parties du globe. Il est à espérer que les bienfaits de l'institut obstétrical d'Egypte ne se borneront pas aux harems et s'étendront aux malheureux habitants de l'Egypte, qui en supportent toutes les charges.

» A Athènes, au contraire, ce sont des Bavarois qui cherchent à fonder une école; leurs cours se font en grec moderne. On ne peut rien dire de cette institution, qui n'est encore qu'à l'état d'embryon. Athènes possède un vaste hôpital militaire et un cabinet d'histoire naturelle passable.

» On sait aussi depuis longtemps qu'une école de médecine a été fondée à Constantinople. La plupart des professeurs sont Italiens.»

Si nous nous en tenions aux appréciations médicales de M. Mott, les maladies en Grèce auraient généralement le caractère inflammatoire et affecteraient plus spécialement l'encéphale. Les fièvres intermittentes y sont endémiques et résistent souvent à la quinine et à l'arsenic, pour se terminer par des hydropisies et des engorgements de la rate. Ces fièvres endémiques sont surtout fatales aux Européens, qui croient pouvoir, là comme ailleurs, abuser des alcooliques.

L'éléphantiasis des Grecs a paru à l'auteur proche parent de l'affection vénérienne ; comme celle-ci, il attaque les organes génitaux primitivement, puis la gorge, la peau, et enfin les os. Il serait souvent fort difficile, selon lui et M. Jackson de New-York, de distinguer ces deux maladies l'une de l'autre.

Un malheureux atteint de cette affection devient un paria pour ses parents et pour ses amis les plus chers, et il est obligé de fuir dans les solitudes des montagnes ; c'est un cas de divorce dans les lois civiles et ecclésiastiques du pays ; cependant, pour être plus rebelle que la maladie vénérienne, la lèpre des Grecs n'est pas incurable. Le mercure avec la salsepareille et l'arsenic en triomphent quelquefois.

Cette lèpre affecte les mêmes traits et subit le même traitement en Egypte qu'en Grèce. La syphilis est aussi très-commune dans ces deux pays, mais elle y est beaucoup plus bénigne qu'en Europe ou en Amérique.

Les blessures et les plaies des opérations guérissent plus souvent et plus rapidement en Egypte qu'ailleurs. L'attribuerons-nous avec l'auteur à l'absence presque complète de vin et de spiritueux en Egypte? On profite de cet avantage, en employant presque exclusivement la réunion immédiate. Le docteur Pruner, médecin allemand au Caire, assure même que la plaie faite par l'opération de la taille se réunit souvent par première intention, excepté lorsque l'on coupe directement de haut en bas la prostrate et le col de la vessie. M. Mott dit avoir aussi observé à New-Yock, dans sa pratique, que la réunion immédiate y réussit mieux en été qu'en hiver.

Les anévrismes sont presque inconnus en Egypte.

L'auteur pense que la peste ne se transmet pas par contagion, mais par infection ; jamais aucun élève ne l'a gagnée à la suite d'une autopsie. On n'a pas adopté en Orient de méthode fixe de traitement contre cette terrible maladie.

(*Ibid.*)

Extirpation de l'utérus par arrachement, après l'accouchement.

On croira difficilement, sans doute, qu'il se trouve des accoucheurs assez peu instruits pour prendre l'utérus pour le placenta, et assez opiniâtres dans leur faux jugement, pour tirer plusieurs heures sur la matrice, jusqu'à ce qu'ils l'aient tout entière séparée par arrachement du reste du corps. Deux cas semblables sont pourtant arrivés récemment en Amérique, et sont rapportés par le *Journal de médecine et de chirurgie de New-York.*

L'une de ces cruelles méprises a été commise, au mois d'avril dernier, par un élève qui se présenta comme médecin, pour délivrer une femme accouchée depuis trois heures ; il ne laissa dans l'utérus que les deux ovaires, une des trompes et une partie des ligaments larges, et ne parvint à terminer cet arrachement qu'après trois quarts d'heure d'efforts inouïs : encore ne reconnut-il même pas alors son erreur, et se vanta-t-il de sa prouesse et de son talent. La femme, qui n'avait cessé de pousser des cris affreux, succomba quelques minutes après cette brutale opération.

Cet homme assura pourtant avoir fait plus de trois cents accouchements.

Pareil cas est arrivé dans la ville de Pulaski (état de New-York). L'accoucheur, après des efforts de traction inouïs, ne s'aperçut de sa méprise que lorsque l'utérus tout entier eut été tiré hors du bassin; il crut n'avoir rien de mieux à faire que d'achever l'arrachement, et de cacher sa faute. Mais la jeune fille qui l'assistait garda soigneusement la tumeur ; la femme mourut au bout de deux heures : il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

En examinant l'utérus, on trouva le placenta flottant dans sa cavité. L'homme qui avait commis cette erreur dit que les lèvres du museau de tanche étant relâchées et saillantes dans le vagin, il les avait prises pour le bord du placenta; en plaçant ses doigts dans le cul-de-sac que le vagin fait avec le col utérin, il avait perforé le vagin,

croyant décoller le placenta. Ses doigts s'étaient alors trouvés derrière l'utérus, qu'il avait amené violemment en avant, après l'avoir séparé du péritoine, excepté dans la partie supérieure où il avait perforé cette membrane.

Cette méprise est arrivée en 1838 à un médecin dont on cache le nom avec raison : l'utérus fut encore pris par l'accoucheur pour un placenta plus adhérent qu'aucun de ceux qu'il eût rencontrés dans sa vie; les tractions durèrent une heure et demie, et la malade succomba une demi-heure après. Ce médecin a dû être cité devant les tribunaux par la famille, qui demande 500 livres sterling de dommages-intérêts.

Un troisième cas semblable est rapporté par Bartholin, et un quatrième, dans la *Revue chirurgicale* d'avril 1836, par M. Cooke.

Cas qui peut expliquer la séparation des membres chez le fœtus, dans l'utérus ; rapporté par A.-H. Buchanan, D.-M. à Columbia.

Le sujet de cette observation est une négresse qui avait déjà eu trois ou quatre fausses couches; elle fit appeler l'auteur pour une violente hémorrhagie utérine, qui se termina par un nouvel avortement : le fœtus avait trois ou quatre mois. Il avait le cordon ombilical enroulé autour de la cuisse droite vers le genou, et autour du cou, de telle manière que, dans ses efforts pour étendre cette cuisse, il étranglait à la fois ce membre et le cou, et apportait obstacle à la circulation. Dans plusieurs points, le cordon était atrophié, mais la cuisse ne l'était pas. Cependant l'auteur ajoute que si l'enfant était arrivé à terme, il est probable que l'absorption eût pu amener l'amputation du membre.

Nous rapportons plutôt ce fait, eu égard à la singularité de l'enroulement du cordon, qu'eu égard à cette explication. Une compression un peu forte devait, dans ce cas-là, amener la strangulation comme elle l'a fait; si elle eût été lâche, elle n'eût pas suffi pour priver le membre de sa nutrition, au point d'amener sa séparation du corps.

(*Minutes de la Société médicale du Tennessée.*)

Etat des sciences médico-chirurgicales dans les pays qui bordent l'Indus.

Un fameux lithotomiste indien.—Le docteur Lord a rencontré, à Dera-Ismael Khan, un homme fort ignorant en anatomie, et qui cependant a pratiqué environ deux cents opérations de taille avec un succès, dit-on, qu'on ne rencontre pas dans nos climats.

Avant d'opérer, il commence toutefois par se faire donner un certificat qui le décharge de toute responsabilité en cas de mort. Il n'a point de sonde pour reconnaître la pierre; il lui suffit d'introduire un ou deux doigts dans le rectum, tandis qu'avec l'autre main il presse de haut en bas sur la vessie. Lorsqu'il a saisi la pierre à travers les parois vésicales, il la fait voyager de manière à la faire stationner dans un des côtés de la vessie en dehors du raphé périnéal, dont il croit la lésion très-préjudiciable aux facultés génératrices. Lorsqu'il s'est assuré du corps étranger, il dirige sur lui un instrument grossier en forme de lance, et agrandit suffisamment l'ouverture au prix même d'un peu de violence; il introduit alors dans la plaie deux doigts, avec lesquels il l'agrandit, s'il le faut, jusqu'à ce qu'elle puisse admettre son second instrument, qui n'est rien autre chose qu'une grande corne de chèvre ou d'antilope. Il introduit celle-ci au-dessus de la pierre, et se servant du pubis comme de point d'appui, et de sa corne comme d'un levier, il s'escrime de toute sa force jusqu'à ce qu'il ait jeté la pierre hors de l'ouverture.

Chez les femmes, il s'éloigne encore plus du raphé; jamais il n'explore chez elles par le vagin. Le traitement consécutif consiste à frotter les parties avec de l'huile ou avec une solution saline.

Si l'on en croit le nouveau frère Jacques, il n'aurait pas perdu plus de vingt malades tous adultes; ce qui est difficile à croire, en lui supposant toute la franchise possible, car il ne tient pas de registre. Son frère et son père ont aussi été chirurgiens lithotomistes; et ce dernier voyait, dit-il, des malades des parties les plus reculées de la Perse.

Il faut ajouter que notre confrère des Indes ne fait pas une aussi large trouée à la bourse de ses clients qu'à leur vessie. S'ils sont pauvres, il leur prend deux roupies ; si s'est un malade riche, la bienséance veut qu'on lui présente un cheval ou un chameau. Disons aussi qu'il n'en vient à l'opération qu'après avoir fait longtemps usage de prétendus lithontriptiques, dont les diurétiques font la base.

Opération indienne de la cataracte. — Ce même homme est aussi habile à opérer la cataracte, quoiqu'il n'ait pas la moindre idée anatomique ni physique de l'œil; sa méthode opératoire est trop absurde pour mériter d'être rapportée. Il déchire plutôt qu'il ne coupe la cornée, donne issue à la plus grande partie de l'humeur vitrée, cause assez souvent même une hémorrhagie, et tout cela uniquement pour abaisser ou déprimer le cristallin. On conçoit qu'il doit en résulter fréquemment la destruction du globe de l'œil.

Etudes médicales dans l'Inde. — Un vieux praticien indien a assuré au docteur Lord que ce n'est qu'après treize années d'études qu'il s'est hasardé à faire sa première prescription. Ces treize années, il les a passées à apprendre par cœur quatre livres : l'un qui traite de la structure du corps, le deuxième des maladies des

femmes, le troisième des prescriptions, et le quatrième des différentes formes des maladies.

Ce malheureux s'était cru obligé de confier à sa mémoire dix-huit espèces de gonorrhée, et quatre-vingt-quatre de douleurs abdominales, etc.

Du reste, la réputation d'un médecin indien consiste moins à guérir ses clients véritablement malades, qu'à composer des électuaires aphrodisiaques dont il prétend proportionner consciencieusement l'efficacité à la libéralité de son client. Les mixtures aphrodisiaques, voilà le triomphe de l'art du médecin indien, et sa mine de Golconde.

Du reste, l'auteur a été étonné de voir le sulfure jaune d'arsenic employé contre les fièvres intermittentes rebelles par les médecins indigènes.

(*Medico-chirurgical Review*, octobre 1839.)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 10 décembre 1839.)

De l'injection à grande eau dans les cas d'adhérence du placenta à l'utérus.

M. Capuron fait un rapport sur un mémoire d'un chirurgien du pays de Vaux, qui rapporte deux observations d'adhérence du placenta dans lesquelles il s'est bien trouvé d'injecter toutes les cinq minutes, à l'aide d'une seringue ordinaire, de l'eau tiède dans l'utérus. Le placenta se décola, fut rejeté, les accidents cessèrent.

M. le rapporteur ne trouve pas ces faits suffisamment concluants; il fait remarquer que l'adhérence du placenta n'est pas toujours grave, que des portions assez considérables ont pu rester impunément fort longtemps dans l'utérus. Les cas dans lesquels leur résorption a été opérée sont assez fréquents. Du reste M. Capuron se hâte d'ajouter que ce moyen est préférable à celui proposé par le docteur Mojon. Il propose donc qu'on adresse des remercîments à l'auteur, et que son mémoire soit inséré dans les bulletins de l'Académie.

—M. Rochoux, qui partage l'opinion de M. Capuron sur la rareté de l'adhérence du placenta à l'utérus, cite un fait dans lequel cette adhésion fut constatée à l'autopsie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Opération de taille.

M. Velpeau lit, au nom de M. Sanson et au sien, un rapport sur une opération de taille pratiquée par M. Léonardon, sur un homme âgé de quarante-trois ans.

L'incision périnéale faite avec un seul bistouri fut insuffisante pour donner issue au calcul : alors l'opérateur fit à l'hypogastre et à la région correspondante de la vessie, une incision longitudinale; celle-ci se trouvant encore insuffisante, on brisa la pierre, qui put alors être extraite. Il restait encore à la paroi interne de la vessie une couche de gravier de trois lignes d'épaisseur; on râcla cette couche avec une cuiller d'argent; le malade guérit en quelques semaines. On fit la suture enchevillée.

Au bout d'un mois, il sortit par la plaie une certaine quantité de graviers et de matière fécale ; il est bon de noter que dans cette opération le péritoine fut incisé. Selon M. Velpeau, ce fait corrobore ceux qui démontrent la possibilité de retirer de gros calculs de la vessie, et l'innocuité de l'incision du péritoine.

—M. Pelletier émet le vœu que les observations relatives aux opérations nécessitées par des calculs vésicaux soient accompagnées de l'envoi d'une portion, ou de la totalité des calculs extraits ou brisés, afin d'augmenter les notions qu'on possède déjà sur les calculs.

Hydrocèle.

M. Velpeau lit un autre rapport sur une observation d'hydrocèle avec état cartilagineux de la tunique vaginale.

Cette affection a été traitée à trois reprises différentes par les injections vineuses, sans qu'il soit survenu aucun amendement. La malade portait cet hydrocèle depuis trois ans, lorsque le chirurgien s'avisa d'introduire une mèche dans la tunique vaginale. Cette mèche fut gardée pendant un mois. Lors de l'évacuation du liquide au dehors, on put constater que sa couleur était orangée, briquetée.

M. le rapporteur prétend qu'il s'agit, dans ce cas, d'un hydro-hématocèle.

(Séance du 16.)

La séance a été entièrement consacrée à la formation du bureau pour 1840. En voici le résultat :

Président, M. Bally.
Vice-président, M. Roux.
Secrétaire annuel, M. Gérardin.
Trésorier, M. Mérat.

(Séance des 24 et 31.)

Ces séances ont été consacrées à l'élection des membres du conseil d'administration et des commissions permanentes.

1° *Section des épidémies :* MM. Chervin et Dupuis.

2° *Section des eaux minérales :* MM. Patissier et Bouillaud.

3° *Commission des remèdes secrets :* MM. Martin-Solon et Renault.

4° *Section de vaccine :* MM. Emery et Gauthier de Claubry.

5° *Comité de publication :* MM. Bousquet, Jolly, Bouvier, Bérard et Lecanu.

(Séance du 7 janvier 1840.)

Présidence de M. Bally.

Recherches statistiques sur la pneumonie.

M. Rayer lit, au nom de MM. Husson, Baron, et au sien, un rapport sur un travail de M. J. Pelletan, ayant pour titre : *Recherches statistiques sur la pneumonie, et sur son traitement par les saignées coup sur coup.* Les observations sur lesquelles est fondé ce travail sont au nombre de soixante-quinze ; elles ont été re-

cueillies par l'auteur, à l'hôpital de la Charité, pendant les années 1834, 1835 et 1836.

De ces faits classés en catégories, et rapprochés suivant leurs analogies, M. Pelletan a tiré les conclusions suivantes, placées sous forme de propositions à la fin de son mémoire :

1° La pneumonie d'un seul côté est plus fréquente que la pneumonie double dans le rapport de 7 à 2.

2° Dans ces soixante-quinze observations, le poumon droit a été plus souvent affecté que le poumon gauche dans le rapport de 21/2 à 1; fait déjà noté par les auteurs, seulement avec des variations dans le chiffre de rapport.

3° La base du poumon a été plus souvent affectée que le sommet dans le rapport de 11/2 à 1.

4° L'âge de la pneumonie étant le même, le degré a varié; ce n'est que dans des limites extrêmes qu'il a été possible d'établir un rapport entre l'ancienneté de l'inflammation et son développement.

5° La maladie a été deux fois plus fréquente de dix-sept à trente-sept ans qu'à toute autre époque de la vie.

6° Relativement au sexe, M. Pelletan a trouvé que les hommes en étaient beaucoup plus souvent affectés que les femmes, dans le rapport de 10 à 1.

7° L'influence d'un refroidissement comme cause a été remarquable dans les 7/9 des cas.

8° Le nombre des pulsations artérielles n'a donné aucune mesure exacte du degré de la maladie, et du point auquel elle était arrivée. M. le rapporteur pense que cette accélération a néanmoins de la valeur, surtout quand elle persiste ou augmente après la saignée.

9° La fréquence des inspirations a paru mesurer exactement le degré de la maladie et indiquer sa gravité.

10° La prostration et le délire ont existé en général en même temps que la phlegmasie occupait le sommet des poumons; cette coïncidence était beaucoup plus fréquente qu'avec les phénomènes de la base.

11° Le quart des pneumonies appartenait aux pneumonies bilieuses; elles s'étaient développées spécialement sur des individus sanguins bilieux; sept fois sur vingt l'inflammation occupait alors la base du poumon droit. Dans un cas, il y eut des selles et des vomissements bilieux; l'autopsie ne révéla, lorsque les malades succombèrent, aucune inflammation du foie : on se trouva bien des saignées.

12° Quant au traitement de la pneumonie franchement inflammatoire, les saignées répétées suivant la formule de M. Bouillaud en firent la base. Il n'y eut que deux morts sur cinquante-cinq malades, et la durée de la maladie fut incontestablement diminuée.

13° Les vésicatoires furent rarement utiles chez les adultes, quelquefois chez les enfants, toujours chez les vieillards.

M. Rayer, après avoir rapproché les conclusions de M. Pelletan des opinions émises par les auteurs anciens et modernes, des faits qu'il a lui-même observés, fait voir jusqu'à quel point cette question si simple en apparence renferme d'éléments divers, dont il faut tenir compte avec grand soin. En effet, la pneumonie n'est pas chez les enfants ce qu'elle est chez les adultes, ni chez les vieillards; lorsqu'elle se présente sous la forme épidémique, on ne saurait l'envisager de la même manière qu'à l'état simple développé chez un adulte sanguin à la suite d'un refroidissement. On doit tenir compte aussi des pneumonies secondaires, des complications bilieuses, d'une foule de circonstances enfin, que M. Rayer analyse avec soin : toutes choses qui deviennent d'une importance majeure, lors surtout qu'il s'agit de se prononcer et sur la gravité de la maladie, et plus spécialement sur la valeur des traitemens qui lui sont applicables.

M. Rayer termine en proposant à l'académie, 1° de remercier l'auteur de ce travail; 2° de le renvoyer au comité de publication. (Adopté.)

Morve de l'homme inoculée au chien.

M. Leblanc met sous les yeux de l'académie un chien auquel il a inoculé avec succès la morve aiguë de l'homme; la maladie s'est développée, a parcouru ses périodes, et semblait se terminer favorablement lorsque l'animal a été sacrifié.

Commission pour l'élection des membres correspondants.

Le reste de la séance a été employé à la nomination, par voie de scrutin, des membres qui doivent former les listes sur lesquelles devront être choisis ses correspondants nationaux.

Ont été nommés MM. Gasc, Orfila, Bousquet, Kéraudren, Velpeau, Soubeiran, Roux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 23 décembre 1839.)

Présidence de M. Chevreul.

Calculs vésicaux, observés chez des malades soumis à l'usage des eaux alcalines. — Calcul très-dur d'urate de soude.

M. Leroy-d'Étiolles, dans une lettre adressée à l'Académie, rappelle de nouveau son attention sur les inconvénients graves qui résultent quelquefois, selon lui, du traitement par les alcalis. Ainsi, des sels dont la présence est fort rare, d'ailleurs, dans les calculs, se formaient très-souvent par l'effet de ce traitement; ces sels sont : l'urate de chaux, l'urate double de soude et d'ammoniaque, le carbonate de chaux; sels insolubles que l'analyse a trouvés, dit-il, sept fois sur neuf, sur des personnes qu'il a lithotritiées après un traitement alcalin. La proportion des phosphates eux-mêmes est rendue plus abondante.

M. Leroy-d'Etiolles présente un calcul dont la couche moyenne a été reconnue par M. Bourson comme entièrement formée d'urate de soude. Ce calcul était tellement dur que M. Leroy-d'Etiolles a été obligé de renoncer à la lithotritie pour recourir à la taille hypogastrique. L'enveloppe extérieure du calcul est d'oxalate de chaux, le noyau d'acide urique et la couche moyenne qui en forme plus des deux tiers est d'urate de soude. Toutefois, l'auteur avoue que la production de ce dernier sel ne peut être considérée comme le résultat d'un traitement alcalin, le malade n'ayant pris que six bouteilles d'eau de Vichy.

(Séance publique du 30 décembre 1839.)

La séance s'ouvre par la proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés.

(Nous n'indiquerons ici que les prix des sciences médicales.)

PRIX DÉCERNÉS.

Sciences physiques. — Prix de physiologie expérimentale. — Rapport sur le concours pour l'année 1838. — Commissaires, MM. Serres, Duméril, de Blainville, Flourens, Magendie, rapporteur.

La commission a décidé que ce prix ne serait point décerné. Les ouvrages soumis à son examen, bien que remarquables sous plus d'un rapport, ne lui ont offert ni assez de nouveauté, ni assez d'importance, pour mériter d'être couronnés. Deux mémoires, l'un de M. Amussat, l'autre de M. Fourcaud, ont été renvoyés au concours prochain, les faits qu'ils annoncent n'ayant pu être vérifiés par la commission. Une mention honorable est accordée à l'ouvrage du professeur Wagner, sur l'ovologie, et des encouragements au mémoire d'un jeune anatomiste, M. Deschamps, sur la *tunique élastique du cœur*. La commission exprime le vœu que la somme destinée au prix de physiologie expérimentale de 1838 soit réunie à celle qui aura la même destination en 1839, et qu'ainsi la valeur du prix se trouve doublée.

Prix de médecine et de chirurgie, pour l'année 1838. — Commissaires, MM. Duméril, Double, Magendie, Roux, Breschet, Larrey, de Blainville, Savart et Serres, rapporteur.

Ont été présentés quarante-deux ouvrages, manuscrits ou imprimés, auxquels la commission en a ajouté deux pour compléter l'ensemble des travaux qui étaient soumis à son examen. Parmi tous ces ouvrages, elle en a distingué cinq, auxquels elle propose d'accorder une partie des encouragements que le testament de M. de Monthyon met à la disposition de l'académie.

Elle a porté, en premier lieu, son attention sur les ouvrages qui traitent de la maladie dite de *Bright*. M. le docteur Bright de Londres est le premier qui l'ait bien reconnue.

Le degré de perfectionnement auquel est parvenu en France le diagnostic de cette affection, est dû principalement à MM. les docteurs Rayer et Martin-Solon. Le premier qui a dirigé plus spécialement ses vues sur l'altération des reins, lui a donné le nom de *néphrite albumineuse*; l'autre qui a fait une étude très-approfondie des urines, l'a appelée *albuminurie*... Un fait important a été noté : c'est celui de la présence d'une matière analogue à l'urée dans le sang des malades atteints de néphrite albumineuse. Si cette observation vient à se confirmer, ce fait sera la répétition de celui qu'ont obtenu MM. Prévost et Dumas par l'ablation des reins chez les animaux.

La commission propose d'accorder, à titre d'encouragement, une médaille en or de la valeur de 1,500 fr. à chacun des trois médecins précités :

1° M. Bright;

2° M. Martin-Solon;

3° M. Rayer.

En second lieu, la commission a remarqué le *Traité pratique des maladies vénériennes*, de M. Ricord. Elle propose de lui accorder une médaille en or d'encouragement, de la valeur de 1,500 fr., pour l'appréciation plus exacte de la symptomatologie des maladies vénériennes, que renferme son ouvrage, ainsi que pour les indications, mieux précisées qu'on ne l'avait fait avant lui, sur l'emploi des préparations mercurielles dans leur traitement.

En troisième lieu, la commission propose d'accorder à M. Martin, à titre d'indemnité, la somme de 1,000 fr., pour les perfectionnemens importants qu'il a faits à une *jambe mécanique*.

La commission a pris, en outre, beaucoup d'intérêt aux mémoires de MM. Dieffenbach, Pravaz, Bouvier et Guérin, sur la section des muscles, proposée comme moyen de guérison du torticolis; mais elle a pensé que l'expérience n'avait pas encore suffisamment prononcé sur la valeur pratique de cette méthode. Il en est de même du travail de M. Amussat, sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines.

PRIX PROPOSÉS. — SCIENCES PHYSIQUES.

Grand prix des sciences physiques pour 1841.

L'académie propose la question suivante :

« Déterminer par des expériences précises la chaleur spécifique des principaux corps simples et celle d'un grand nombre de combinaisons minérales et organiques. Discuter le rapport qui existe entre le poids atomique des corps et les chaleurs spécifiques données par l'expérience.

Elle engage les concurrents à étudier sous ce point de vue :

1° « Les corps simples;

2° « Quelques oxides, en choisissant de préférence ceux qui forment des séries, comme les trois oxides de cuivre, par exemple;

3° « Quelques sels des principaux genres et à divers états de saturation, en les comparant à l'état anhydre et à l'état hydraté;

4° « Les principales matières organiques.

« Les mémoires devront être parvenus au secrétariat de l'Institut le 1er avril 1841.

PRIX RELATIF A LA VACCINE.

L'académie rappelle qu'elle a proposé pour sujet d'un prix de 10,000 fr., qui sera décerné, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1842, la question suivante :

« La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne serait-elle que temporaire?

« Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences précises et des faits authentiques, le temps pendant lequel la vaccine préserve de la variole.

«Le cowpox a-t-il une vertu préservatrice plus certaine ou plus persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins considérable de vaccinations successives?

« En supposant que la faculté préservatrice du vaccin s'affaiblisse avec le temps, faudrait-il le renouveler, et par quels moyens?

« L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservatrice de la variole!

Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et, dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations? »

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'académie avant le 1er avril 1842. Ce terme est de rigueur.

Prix fondé par M. Manni. — L'académie avait

proposé en 1837 pour sujet de ce prix (1,500 fr.) la question suivante :

« Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes?

« Quels sont les moyens de prévenir les enterrements prématurés? »

L'académie a reçu sept mémoires manuscrits. Plusieurs d'entre eux ont paru renfermer des vues utiles, mais que l'expérience n'a pas encore suffisamment justifiées. En conséquence, elle remet le prix sur les morts apparentes à 1842.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1842.

NOUVELLES.

Le tirage au sort des thèses pour le concours de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, a eu lieu dans l'ordre suivant :

M. Casimir Broussais, de la statistique appliquée à la pathologie et à la thérapeutique;
M. Dalmas, des métastases ;
M. Hourmann, de la périodicité dans les maladies;
M. Combette, de l'hydropisie;
M. Requin, des prodrômes dans les maladies;
M. Legroux, de la spécificité dans les maladies;
M. Gendrin, de l'influence des âges dans les maladies;
M. Piorry, de l'hérédité dans les maladies;
M. Gibert, des altérations du sang;
M. Dubois, de la fluxion et de la congestion;
M. Guillot, de l'influence de l'anatomie pathologique sur la thérapeutique;
M. Cazenave, de la révulsion et de la dérivation.

—

Sous ce titre *Notice sur les principaux établissements charitables de l'Italie*, M. Foucher, membre du conseil-général des hospices de Paris, vient de publier une brochure pleine d'intérêt. Dans notre prochain numéro nous rendrons compte de cet ouvrage, et nous dirons comment M. Foucher a su faire de son voyage une œuvre utile et importante.

—

— Il est question de transférer la clinique de M. le professeur Rostan à l'Hôtel-Dieu; le service de la Clinique d'accouchement subirait ainsi une augmentation considérable.

—Par suite de l'admission à la retraite de M. le docteur Ferrus, le service médical des aliénés de Bicêtre a été divisé en deux parties; l'une confiée à M. le docteur Leuret, déjà médecin de cet hospice, l'autre à M. le docteur Voisin, médecin de la Salpêtrière. Diverses modifications seront nécessairement apportées dans le service des hôpitaux par suite de la retraite de MM. Pariset, Ferrus, Bally, Manry, etc.

— M. le docteur Gibert remplace à l'hôpital Saint-Louis M. Manry admis à la retraite.

— On écrit de Londres le 20 janvier :

Dans la séance mensuelle publique que la société de médecine de Westminster a tenue ce matin, un de ses membres, M. le directeur Thomas John Pons, a lu un mémoire où il a appelé l'attention de cette savante compagnie sur un funeste usage qui depuis peu de temps a commencé à s'introduire dans la classe moyenne de la population de la capitale et qui déjà fait des progrès vraiment effrayants, celui de manger et de fumer de l'opium. M. Pons, qui a déjà eu l'occasion d'observer à Londres, sous le rapport médical, onze hommes, âgés de trente-deux à quarante-huit ans, qui avalaient ou qui fumaient habituellement une quantité plus ou moins grande de ce narcotique, rapporte que de ces onze individus deux ont succombé à une attaque d'apoplexie, trois ont été atteints d'hydropisie, et les six autres ont éprouvé un affaiblissement général dans les organes.

M. le docteur Gally, autre membre de la société, a annoncé que deux principales compagnies d'assurances sur la vie humaine, de Londres, ont essuyé des pertes si considérables, par suite des décès occasionnés par l'opium, qu'elles ont résolu de modifier les conditions et les tarifs de leurs assurances.

NÉCROLOGIE.

M. le docteur Marc, premier médecin du roi, est mort le 15 janvier d'une attaque d'apoplexie.

Ses obsèques ont eu lieu le 17 à l'église de l'Assomption. Une députation de l'Académie de médecine et plusieurs membres du conseil de salubrité, ses collègues, s'y étaient rendus. Différents discours ont été prononcés par M. de Saint-Albin, son gendre, par M. Pariset au nom de l'académie de médecine, et par M. Olivier d'Angers, au nom du conseil de salubrité.

—M. le baron Ivan, ancien chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, est mort.

—M. Aulagnier, membre de l'Académie royale de médecine, vient de mourir.

— M. le Baron Richerand, professeur de la Faculté de médecine de Paris, ancien chirurgien de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie royale de médecine, est mort le 23 janvier, à la suite d'une courte maladie, à l'âge de soixante-deux ans. Ses obsèques ont eu lieu le 25, au milieu d'un grand concours de médecins et d'étudiants. Nous consacrerons une notice à ce chirurgien célèbre.

— M. le professeur Fouquier a été nommé premier médecin du roi, en remplacement de M. le docteur Marc.

—

Association des médecins de Paris. — Assemblée générale. — Compte rendu de M. Gibert, secrétaire-général.

Cette assemblée a eu lieu le dimanche 19 janvier 1840 dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila. M. Gibert, secrétaire, a rendu compte, en ces termes, de la gestion de la commission générale pendant l'exercice 1839 :

« Messieurs, désireux de rendre témoins de nos actes ceux de nos honorables confrères de la capitale qui ne font point encore partie de notre association, nous avons, d'après le vœu de la commission générale, adressé une lettre d'invitation à plusieurs médecins étrangers à notre société, dans l'espoir de les voir réunir leurs efforts aux nôtres.

« Le bien que nous avons déjà obtenu, celui que nous espérons obtenir encore ne pourra manquer de faire une impression favorable sur l'esprit de ceux qui nous auront fait l'honneur d'assister à cette réunion de famille. Ici, Messieurs, point d'étiquette académique, point

de discours d'apparat, point de lutte d'amour-propre, point de faste scientifique...; ce sont des médecins qu'inspire l'amour de leur profession, ce sont des praticiens qui veillent aux besoins et à la dignité de l'exercice de leur art, ce sont des confrères qui cherchent à renouer des liens depuis trop longtemps rompus, ce sont des hommes charitables qui veulent tendre une main fraternelle à ceux qu'un malheur imprévu et non mérité pourrait faire déchoir de la position qu'ils ont droit de conserver; ce sont, en un mot, les membres d'une famille dissoute par l'esprit d'égoïsme des temps et par la concurrence effrénée que tolère malheureusement l'indifférence des autorités, qui cherchent à se rejoindre sous l'égide et la protection du doyen de la Faculté, et à réparer par de communs efforts quelques-uns des maux qu'ils ont a déplorer en commun.

»Depuis l'institution de notre association qui ne date guère encore que de sept années, et qui n'a pu jusqu'ici recruter que quatre cents membres environ, nous avons réalisé des avantages matériels et moraux qu'il n'est plus permis à personne de méconnaître.

«Cent soixante-treize demandes ont été examinées par la commission qui n'a délivré de secours qu'après un mûr examen. Des veuves, des enfants, ont été particulièrement secourus; mais rarement (et jamais hors le cas de maladie) des hommes arrivés à l'âge où l'on doit subvenir soi-même à ses besoins. Un seul sociétaire a été forcé par un cas de ce genre de recourir à nous, et il a eu à se louer de notre manière d'agir à son égard. Loin de nous, en effet, la pensée de céder à ce débordement de solliciteurs qui se jettent comme une proie sur toute société charitable! Nous avons repoussé sans pitié les intrigants qui n'ont pas craint de se présenter à nous sous divers prétextes... Hélas! nous avons même été contraints parfois, tant par la lettre de notre règlement que par le peu d'étendue de nos ressources, à fermer l'oreille à des plaintes, trop bien fondées, sans doute, mais trop étrangères aussi à notre institution.

« Aussi grâce à la sagesse de nos statuts, grâce surtout à la sagesse et au zèle éclairé des nombreux membres appelés successivement par la sort à faire partie de la commission, nous avons réussi à fonder un capital qui ne s'élève pas à moins de 34 à 35,000 francs, produisant en ce moment 1,575 francs de rentes. Encore que notre société n'ait pu obtenir l'autorisation du conseil d'état, ces rentes ne constituent pas moins pour elle une propriété inattaquable. Un jugement récent rendu au profit d'une association non autorisée légalement (l'association de Saint-Joseph, M. le baron de Damas, président), ne peut nous laisser aucune inquiétude à cet égard. Nous ne manquerons pas d'ailleurs de reproduire notre demande en un moment plus opportun. N'oublions pas que la *Société philanthropique*, si bien établie, si honorablement connue, et existant déjà depuis si longtemps, n'a cependant été légalement autorisée qu'il y a un ou deux ans. L'autorité administrative nous a déjà donné sa sanction, confirmée encore par un fait tout récent que je mentionnerai tout à l'heure.

« Je vous disais l'année dernière, que, grâce au zèle de notre trésorier, M. le docteur Vosseur, grâce au dévouement des membres de la commission générale, le moment approchait où, nos revenus annuels suffisant à nos dépenses ordinaires, nous pourrions placer au profit du capital social le montant de nos recettes. Et, en effet, Messieurs, cette année même nous avons placé la somme de 7,223 francs sur environ 8,000 francs que nous avons reçus.

« Les demandes de secours ont été peu nombreuses, étrangères toutes à notre société, presque toutes reproduites par des personnes déjà secourues plusieurs fois, envers lesquelles, par conséquent, nous avions le droit de nous montrer moins généreux. Car nous n'oublions pas que si le devoir nous est imposé de ne pas négliger le présent, l'esprit de notre institution est surtout un esprit de *prévoyance* et d'avenir.

» Le tableau suivant, dressé par les soins de M. le trésorier et arrêté par MM. les membres de la commission de comptabilité, vous instruira des détails de notre gestion.

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE (1839).

RECETTES.	FR.	DÉPENSES, EMPLOI.	F.	C.	BALANCES.	FR.
Le 1er janvier 1839, en caisse.	359	Secours sur le sixième des cotisations.	490	00	Recettes.	8,397
Cotisations.	4,548	Dépenses pour impressions, distributions d'imprimés, etc.	338	65	Dépenses.	8,052
Dons, admissions.	2,040	Achat de 325 fr. de rentes 5 p. 100.	7,223	35	Reste.	345
Rentes : Deux semestres.	1,450				Le 1er janv. 1840 il reste en caisse.	345
Total.	8,397	Total,	8,052	90		

«Nous n'avons eu à regretter cette année que deux membres de notre société; l'un jeune encore et frappé, pour ainsi dire, au milieu de sa carrière, le docteur Jules Hatin; l'autre, plus avancé en âge, M. le baron Yvan. Mais l'année 1840 à peine commencée, nous avons encore à déplorer la perte d'un de nos membres fondateurs, le docteur Marc, médecin du roi.

Nous n'avons eu que *quatre* démissions : deux pour cause de départ, et deux par suite de l'application de l'article 19 de nos statuts, application qui a été faite avec une grande tolérance

par votre Commission, puisque ce n'est qu'après deux années écoulées qu'elle a cru devoir aviser à l'exécution du règlement.

« Le nombre des admissions a été toujours croissant; celui des demandes a été plus grand encore; mais, investis du droit de prononcer sans contrôle sur ces demandes d'admission, la Commission a dû se montrer jalouse de conserver soigneusement le dépôt qui lui est confié de la dignité et des intérêts de l'Association.

« Quarante-six sociétaires nouveaux ont été admis; qu'il nous soit permis de citer parmi des noms, tous également honorables, les noms populaires et scientifiques des professeurs Marjolin, Roux et Récamier.

« Une société de médecine qui s'est dissoute, l'Athénée de médecine, n'a pas cru pouvoir faire un meilleur emploi des fonds restés en caisse, que de les appliquer aux besoins de notre association. Un don de 338 fr. nous a été remis au nom de l'Athénée par les soins de M. le docteur Delmas, trésorier de cette société.

« Nous avons reçu aussi de nos confrères des départements des marques de confiance et d'approbation. Plusieurs villes de France, et en dernier lieu, les médecins de la ville d'Evreux nous ont fait demander nos statuts. L'association de Maine-et-Loire s'est formée à l'instar de l'association parisienne; une lettre de M le docteur Lachèze, d'Angers, nous a transmis une circulaire publiée au nom de cette association dans le but de mettre un frein aux pratiques illégales des charlatans et des individus qui exercent la médecine sans titre.

« C'est dans un but analogue que vous-mêmes, dans l'assemblée générale annuelle précédente avez investi votre Commission de pouvoirs nouveaux qui déjà nous ont valu quelques bons résultats.

« Une ordonnance de M. le préfet de police, dans le but d'assurer l'exécution plus stricte des dispositions de la loi, était venue apporter à la pratique des autopsies en ville des entraves si gênantes et si peu prévues, qu'un des membres de notre association, M. le docteur Thierry, en a été atteint. Il croyait avoir scrupuleusement observé toutes les dispositions légales, et cependant il s'est vu poursuivi et condamné (à une simple amende de police, il est vrai) par un tribunal qui n'a pu se refuser à appliquer l'ordonnance de 1838 de M. le préfet.

« La Société s'est empressée de venir en aide au membre condamné, et grâce à l'intervention puissante de M. Orfila, son président, elle a obtenu le retrait d'une ordonnance dont la stricte exécution n'aurait pas manqué d'interdire complètement aux médecins la pratique des autopsies en ville, pratique déjà si difficile à obtenir, et pourtant si intéressante pour les progrès de la science et si utile aux besoins bien entendus de l'humanité! Par cet heureux résultat de ses soins et de ses démarches, l'association, nous ne craignons pas de le dire, a bien mérité du corps médical tout entier!

« Pour donner une nouvelle impulsion à notre association, la commission générale a décidé que la publicité la plus grande serait donnée dans les journaux quotidiens à nos séances annuelles, et que nous publierions par la même voie les noms des membres nouveaux, ainsi que ceux des *donateurs*.

« Vous le voyez, Messieurs, guidés par le zèle éclairé de notre président-fondateur, les membres de votre Commission n'ont négligé aucune occasion de veiller aux intérêts de l'association et à ceux de la profession tout entière. Elle peut se glorifier à bon droit du bien qu'elle a déjà fait, elle peut justement espérer de voir fructifier et s'étendre celui qu'elle espère pour l'avenir

Que les membres de l'association des médecins de Paris s'encouragent donc et se fortifient dans la tâche utile qu'ils ont entreprise! Que ceux de nos confrères qui n'en font point encore partie viennent nous aider de leurs lumières et de leur concours. C'est le plus ardent de nos vœux: ce sera aussi, nous l'espérons, la récompense prochaine et inévitable de nos travaux et de notre persévérance! »

L'impression de ce compte-rendu et la distribution aux médecins de Paris a été votée par l'assemblée.

Dans cette séance générale ont été réélus président et vice-président, M. Orfila et M. Fouquier.

La commission générale pour 1840 est ainsi composée :

1er ARRONDISSEMENT. — MM. Izarié, rue Castellane, 9; Andrieux, rue Joubert, 35; Duval (Louis), rue de l'Arcade, 36; Charrueau, rue Godot, 18.

2e ARRONDISSEMENT. — MM. Tanchou, rue Favart, 6; Piet, rue Notre-Dame-de-Lorette, 36; Goupil, rue des Orties-St.-Honoré, 9; Guillon, rue Neuve-St-Augustin, 18.

3e ARRONDISSEMENT. — MM. Janin, place des Victoires, 7; Fiard, rue Hauteville, 18; Bourgeois, rue Montorgueil, 71; Andry, rue de l'Echiquier, 20.

4e ARRONDISSEMENT. — MM. Léger (Fleurus), quai de l'Ecole, 16; Perdrix, place du Louvre, 12; Pillon, rue des Deux-Boules, 3; Cordier, place St-Germain-l'Auxerrois, 24.

5e ARRONDISSEMENT. MM. Roger, rue Mauconseil, 18; Mareillaux-Crespiat, rue St-Denis, 2; Campardon, rue du Faubourg-du Temple, 15; Gresely, boulevard Bonne-Nouvelle, 11;

6e ARRONDISSEMENT. — MM. Ledeschault, rue St-Martin, 5; Rey, rue Meslay, 32; Audiffray-Erambert, rue Meslay, 28; Lozes, rue de Vendôme, 10.

7e ARRONDISSEMENT. — MM. Duclos, rue de Ste-Avoie, 25; Gogot, rue St-Antoine, 81; Videcoq, rue St-Martin, 132; Marx, quai de Gèvres, 10.

8e ARRONDISSEMENT. — MM. Belhomme, rue Charonne, 161; Berton (Delphin), rue St-Louis, au Marais, 79; Augouard, place Royale, 22; Sorbier, rue des Tournelles, 52.

9e ARRONDISSEMENT. — MM. Hatin (Félix), rue du Haut-Moulin, 10; Deville, rue Geoffroy-l'Asnier, 30, Dubois, rue St-Paul, 21; Chailly, quai Napoléon, 23.

10e ARRONDISSEMENT. — MM. Cornac, hôtel des Invalides; Smith, rue de l'Abbaye, 9; Guersant fils, rue Jacob, 28; Homolle, rue Jacob, 52.

11e ARRONDISSEMENT. — MM. Cullerier, rue Voltaire, 2; Morin, rue Hautefeuille, 12; Reynier, rue du Cimetière-St-André-des-Arts, 3; Planté-Mengelle, rue de la Sorbonne, 3.

12e ARRONDISSEMENT. — MM. Menière, rue St-Jacques, 256; Katier, rue de l'Arbalète, 25;

Lemoine, rue du Val-de-Grâce, 3; Clément, quai de la Tournelle, 31.

Ceux de MM. les Sociétaires qui n'ont point encore acquitté leur cotisation, et les personnes qui auront des dons à remettre, sont priés de vouloir bien en adresser le montant, soit à M. le docteur Vosseur, trésorier de l'Association, rue de Lille, 4 (de quatre à cinq heures tous les jours); soit à l'un des membres de la Commission.

Les docteurs en médecine de l'une des Facultés du royaume qui désireront faire partie de l'Association pourront adresser leur demande, soit à M. Gibert, secrétaire-général de l'Association, rue du Sentier, 18; soit à M. Vosseur, trésorier de l'Association, rue de Lille, 4, soit à l'un de MM. les membres de la Commission générale dont l'adresse est ci-dessus indiquée.

Paris, 19 janvier 1840.

Pour M. le président,

GIBERT, secrétaire-général.

Nota. La commission générale se réunit le premier de chaque mois à huit heures du soir dans le cabinet de M. le doyen, à l'École de médecine.

IV. — ANATOMIE.

Organisation du cerveau (1).

Je commencerai l'histoire de la structure du cerveau, par celle de ses pédoncules, je passerai ensuite à celle de ses commissures, et enfin à celle de ses lobes.

Le pédoncule est composé de trois parties : *le sous-pédoncule* (23, 25, *fig.* 13. — 31, 33, *fig.* 14) ; *le sus-pédoncule* (36, *fig.* 14), et *leur lame grise* intermédiaire (34, fig. 14).

Le sous-pédoncule est la partie que l'on voit sous le cerveau, de chaque côté de la ligne médiane, au-devant du méso-céphale avec lequel il est continu en arrière, et dont il semble naître. C'est un corps cylindroïde d'un demi-pouce de large, convexe en bas, en dedans, et en dehors, qui se porte obliquement en avant et en dehors, qui s'enfonce au-dessus du nerf optique (*fig.* 13, n° 23; *fig.* 14, n° 29), au dessus du filet sus-optique (15, *fig.* 13; 28, *fig.* 14) de la lame sous-temporale, et d'une masse cendrée que je nomme le *cendré inférieur* (14, *fig.* 13). Parvenu là, il s'amincit, s'élargit, se divise en faisceaux divergents presque contigus (14, 15, 18, *fig.* 14; 15, 16, 17, *fig.* 16) de manière à présenter une sorte d'éventail qui concourt à former la lame striée que je décrirai plus bas.

Dans ce trajet, le sous-pédoncule est d'abord placé sous la lame grise pédonculaire, sous le sus-pedoncule même, auquel il adhère par sa portion en éventail, mais en le coupant perpendiculairement vers le méso-céphale. Il est facile de les séparer l'un de l'autre en suivant la lame noire intermédiaire (34, *fig.* 14).

Dans ce trajet encore, il fournit en bas et au de là du nerf optique des filets isolés (14, *fig.* 13), et même deux lames minces recourbées, qui dessinent les arceaux sous-pédonculaires, semi-elliptiques (24, *fig.* 14). Pour voir ces parties, il faut faire une suite de coupes, et de coupes perpendiculaires, et de coupes horizontales en dehors du nerf optique; on reconnaît alors que les arceaux sous-pédonculaires sont des lames courbées de haut en bas (17, *fig.* 5 et 6), et d'avant en arrière (15, 22, *fig.* 13, et 28 *fig.* 14) comme la surface du cerveau; on reconnaît que leur convexité est tournée comme celle du cerveau, à l'extérieur, que de leur convexité naissent de nombreux filets médullaires, qui se portent aussi en avant et en dehors; on reconnaît enfin que les filets isolés (14, 22, *fig.* 13; et 24, 28, *fig.* 14.) sont des filets détachés du pédoncule, qui se portent les uns à la lame sous-temporale en se recourbant, les autres dans le cendré inférieur, où ils forment des points blancs, arrondis quand ils sont coupés perpendiculairement à leur longueur, ovalaires quand ils sont coupés obliquement, comme il arrive dans la section oblique d'un cylindre. Le sous-pédoncule est composé en dedans, du nerf optique, de faisceaux de fibres blanches très-rapprochées; au delà du nerf, sa structure devient plus serrée et plus obscure, de couleur jaune rosée. Ses fibres sont tellement entre-croisées et feutrées, à sa surface inférieure surtout, qu'il est dificile de l'analyser. Cette disposition me semble résulter, suivant mes observations, de ce que les filets isolés qui se portent en bas dans la substance de la lame sous-temporale, traversent les arceaux sous-pédonculaires, et une substance jaune ou grise et rosée, que nous trouverons très-abondante à l'intérieur des couches optiques. Au delà dans l'évantail, le sous-pédoncule n'est plus composé que des filets médullaires inférieurs isolés, visibles dans le cendré inférieur, où ils se plongent, et de faisceaux médullaires radiés. Les filets isolés analogues aux premiers filets isolés, indiqués plus haut, continuent de se détacher successivement de la surface inférieure du pédoncule et de ses faisceaux radiés, pour se porter dans les parties extérieures du cendré inférieur.

Ce cendré inférieur est un amas de substance grise, embrassé en dehors et en bas par la substance médullaire du lobe correspondant du cerveau (16, *fig.* 1, 3, et 17, 18 20, *fig.* 5 et 7; et 13, 14 *fig.* 13, etc.).

Il est séparé du supérieur par les faisceaux radiés du sous-pédoncule, et surtout du sus-pédoncule réunis.

Le cendré inférieur a la forme d'une poire (13, 14, *fig.* 13) dont la base serait tournée en

(1) V. les planches 32, 33, 39, 40 de la collection. L'article que nous donnons aujourd'hui, et que M. Gerdy nous avait remis depuis longtemps, est la suite des *Recherches sur l'encéphale*, qu'il a publiées dans le numéro de décembre 1838 du *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales.* (N. D. R.)

avant, qui aurait un côté concave tourné en dedans, et un côté convexe tourné en dehors. Il est formé de substance grise, granuleuse.

La lame grise ou noire du pédoncule, sépare l'un de l'autre les sous et sus-pédoncules dès l'intérieur du méso-céphale, et se prolonge dans leur intervalle jusqu'au feutrage sous-pédonculaire; elle a l'épaisseur d'environ une ligne, elle est formée d'une substance grise ou noire assez molle.

Le sus-pédoncule s'étend depuis la partie supérieure du mésocéphale ou sus-mésocéphale, qui est au-dessus des sous-pédoncules jusqu'au fond de la cavité cérébrale, dont le lobe est creusé. Il est aussi oblique en dehors et en avant; il n'est séparé en bas du sous-pédoncule que par leur lame noire, et il lui adhère intimement en dehors, au delà de cette lame. En haut il est recouvert successivement d'avant en arrière, par la couche optique ou opticos, par le ténia et le cendré supérieur, qui l'entourent.

Le cordon mésocéphalique (27, *fig.* 14; 36, *fig.* 14) est un faisceau médullaire qui vient du bulbe de la moelle. Ce cordon présente une forme arrondie dans une coupe perpendiculaire du pédoncule, faite au devant des jumeaux, et derrière l'opticos. Il est entouré d'une substance d'une teinte jaune rosée ou grise, assez variable par sa couleur, mais ordinairement plus foncée que la sienne. Il se prolonge en avant jusque vers le ténia, au delà duquel il m'a été impossible de le suivre.

Il est ordinairement blanc, mais je l'ai vu jaunâtre, rosé, enfin je l'ai vu gris ou brun après être resté un certain temps en contact avec l'air. Son tissu est peu résistant et assez homogène pour qu'on ne puisse pas y distinguer de fibres.

L'opticos, ou couche optique, est composé supérieurement d'une écorce médullaire du ruban conarien, d'un cinéréum interne d'une substance jaunâtre, rosée, ou grisâtre, entrecoupée d'arceaux sus-pédonculaires.

L'écorce médullaire occupe la partie supérieure et externe de l'opticos qu'elle revêt continue avec le sous-jumeau supérieur, avec l'écorce des quadrijumeaux; elle se prolonge depuis ces éminences en avant et en dehors, jusqu'au ténia avec lequel elle se confond superficiellement et profondément, pour se continuer avec la lame striée ou le cornet qu'elle concourt à former par une foule de faisceaux radiés.

Le faisceau conarien est tantôt un filet, tantôt un ruban médullaire qui s'étend du conarium à la portion supérieure et interne de l'opticos; de là il se prolonge en avant, se recourbe en bas, s'enfonce dans le cinéreum interne de l'opticos, ou, si l'on veut, dans la substance cendrée à nu, au côté interne de ce renflement, pour aller se perdre dans le mamelon ou l'éminence mamillaire.

Le cinéréum qui s'observe sur le côté interne de l'opticos adhère à celui du côté opposé par la commissure optique. Il se continue avec le tuber cinéréum en bas; il est borné en haut par le faisceau conarien, en avant il se continue avec le cendré supérieur du pédoncule, et en arrière il adhère avec l'opposé au devant du susmésocéphale, dans l'intervalle des deux couches optiques.

La substance jaune rosée des opticos en forme surtout la masse à la partie supérieure postérieure et externe du pédoncule. Elle est plus ferme que les autres substances; elle affecte d'ailleurs des teintes variées, et est granuleuse. Elle abonde surtout vers le ténia, ou elle semble étouffer le cordon mésocéphalique qu'on ne peut plus y distinguer. Les arceaux sus-pédonculaires sont encore des espèces de lames courbées de haut en bas, et de dedans en dehors et en arrière, dans la direction même de la concavité du cendré supérieur Parfois, l'arrangement de ces diverses substances, de leurs nuances variées, donne à certaines coupes des pédoncules des figures singulières.

Le ténia est une bandelette médullaire molle qui est parfois recouverte à son extrémité antérieure, et sous quelques autres points de son étendue, d'une substance cendrée comme transparente, qui fait partie du cendré supérieur voisin, auquel elle est continue. Cette petite lame de substance grise est la lame cornée.

Le cendré supérieur est formé d'une substance cendrée, d'une lame médullaire, et de filets médullaires isolés.

La lame médullaire du cendré en revêt la surface qu'elle forme réellement, et est elle-même revêtue par la membrane ventriculaire; et comme l'une et l'autre sont fort minces, on distingue à travers leur épaisseur la couleur grise du cendré supérieur. En dedans, elle tient au ténia, en dehors au corps calleux, et là elle offre plus d'épaisseur qu'ailleurs. Elle s'amincit insensiblement en arrière, néanmoins on la retrouve souvent très-évidente sous la surface libre de la queue du cendré supérieur, à la voûte du ventricule inférieur.

Le cendré lui-même n'est qu'un amas piriforme et annulaire de substance grise d'une teinte un peu claire. En le coupant horizontalement on y trouve un grand nombre de points blancs, ronds ou ovales, et des stries de même couleur, qui sont autant de filets isolés, coupés perpendiculairement et obliquement, ou mis à nu dans une étendue sensible de leur longueur.

Les filets médullaires sont d'ailleurs comme ceux du cendré inférieur, du sous-pédoncule des filets médullaires, détachés du sus-pédoncule pour se porter à travers le cendré supérieur, jusqu'à la lame médullaire de sa surface libre.

La lame striée du sus-pédoncule est placée entre le cendré supérieur et l'inférieur, qu'elle sépare l'un de l'autre (14, 15, *fig.* 1, 3; et 11, 17, 19, *fig.* 5, 7). Enveloppée par le cen-

dré supérieur qui l'entoure par son corps dans le ventricule supérieur, et par sa queue dans le ventricule inférieur, il faut, pour la voir, enlever peu à peu le ténia et le cendré supérieur tout entier, en raclant peu à peu de dedans en dehors avec la queue ou le dos d'un scalpel. On reconnaît alors qu'elle fait un cône de faisceaux médullaires qui des parties externes supérieure, inférieure et postérieure de la couche optique ou mieux du pédoncule, rayonnent en avant, en haut, en arrière, et en outre en bas et en dehors (7, 6, 27, *fig.* 15) en forment une sorte de cornet d'oubli fendu à son côté interne et inférieur (23, *fig.* 15). Ce cornet dirigé en dehors par sa base, qui est très-large, présente par conséquent une portion supérieure qui se voit dans le ventricule supérieur, une inférieure moins étendue, moins apparente, visible à la voûte du ventricule inférieur et une postérieure qui émerge derrière le pédoncule en dehors de la partie la plus reculée de l'opticos. La portion supérieure de ce cornet forme en particulier une lame triangulaire (15, 16, 17, *fig.* 16) qui adhère par sa surface inférieure aux faisceaux divergents du sous-pédoncule lesquels concourent aussi à la formation de la lame striée. Cette portion supérieure a trois bords : le postérieur très-court est confondu avec la portion postérieure; l'externe décrit, comme la lame elle-même, une courbe d'avant en arrière en suivant la direction du bord externe du cendré supérieur. Cette courbe est convexe en haut et s'élève de plus en plus, d'avant en arrière, comme le cendré supérieur.

Le bord interne de la portion supérieure du cône pédonculaire est caché par la base du cendré supérieur. Il aboutit à la courbure antérieure du corps calleux qu'il ne traverse point. Comme il est placé beaucoup plus bas que la partie la plus élevée de la lame striée, il en résulte qu'en faisant des coupes horizontales à la surface inférieure du cerveau, il se montre sous la forme d'un faisceau isolé (12, *fig.* 14), qui a été décrit comme tel par les auteurs. Mais si l'on enlève le cendré inférieur, on reconnaît alors qu'il n'est que le bord interne de la lame striée (15, 18, *fig.* 14). La portion inférieure de la lame striée s'épanouit en faisceaux courts au-dessus de la portion inférieure du ténia (20, *fig.* 13; 27, *fig.* 16) et de la queue du cendré supérieur au bord interne de la paroi supérieure du ventricule latéral inférieur. La portion postérieure, qui est fort étroite, envoie en arrière à la voûte et à la paroi externe de la cavité ancyroïde de longues fibres fines et divergentes entre les fibres transversales qui revêtent la membrane ventriculaire et la surface interne de la substance médullaire du lobe et du corps calleux.

De l'ensemble et de l'arrangement des fibres de la lame striée, il résulte que le pédoncule se termine par un cône creux fasciculé ou un cornet large et court dont la cavité intérieure est remplie par le cendré inférieur, et dont les faisceaux ne traversent point le corps calleux ou plafond; que ces faisceaux se terminent tous à la surface interne de la cavité cérébrale des lobes; que les faisceaux de la portion inférieure du cornet, qui sont peu nombreux, s'arrêtent même à l'entrée de la cavité sous le pédoncule; que les faisceaux de la portion supérieure, se confondent avec le plafond sans qu'on puisse démontrer, ni qu'ils se continuent avec ses fibres, ni qu'ils les traversent pour former le système des fibres divergentes imaginé par Gal et Spurzheim; que les faisceaux postérieurs ne présentent que des fibres très-fines; que les fibres de celle-ci s'épanouissent entre les fibres transversales qui revêtent et fortifient la membrane du ventricule d'une part et les fibres également transversales du corps calleux et de la substance médullaire des lobes d'autre part; que les fibres du corps calleux concourent à former la cavité intérieure des lobes.

Enfin, comme il reste un espace entre le bord interne de la portion supérieure, de la lame striée, les faisceaux antérieurs de sa portion inférieure, il en résulte que le cornet présente, en ce point, une fente, une ouverture triangulaire à base tournée en avant.

Cette ouverture est fermée en bas par les portions antérieure courbée du corps calleux, par la lame sous-temporale et la cloison cérébrale.

Les commissures du cerveau offrent une structure qui, pour être moins variée que l'est celle des pédoncules, l'est encore beaucoup.

Le corps calleux ou plafond est dans toute son étendue formé de substance médullaire qui, examinée à ses deux surfaces, semble composée de fibres transversales, mais qui, examinée à la surface d'une coupe perpendiculaire sur la ligne médiane, semble composée d'une multitude de lames transversales placées de champ.

Les lames placées de champ, dont le plafond paraît composé, ont un de leurs bords tourné vers les ventricules, à la surface intérieure du plafond, et l'autre vers sa surface extérieure. Elles se touchent par leurs surfaces voisines. Ces lames semblent en un mot rayonner de la surface intérieure à l'extérieure du corps calleux. Sont-ce réellement des lames médullaires, ou n'en sont-elles que l'apparence? C'est ce que je n'oserais décider. Quoi qu'il en soit, les fibres ou les lames médullaires du plafond se dirigent tranversalement en dehors, depuis la ligne médiane où elles se confondent avec celles du côté opposé jusqu'aux bords latéraux du plafond où elles se confondent avec la substance médullaire de la cavité des lobes du cerveau. Mais les fibres de la surface extérieure du corps calleux sont bien moins étendues que les fibres de la surface intérieure parce qu'elles se confondent beaucoup plutôt que celles-ci avec la substance médullaire des lobes.

Dans la portion antérieure du plafond recourbée d'avant en arrière et en bas; dans là

portion supérieure aux pédoncules, les fibres de sa surface inférieure parvenues à la base et au bord convexe du cendré supérieur, se rencontrent avec les faisceaux médullaires de la lame striée sous des angles divers, quoique réguliers, à mesure qu'elles sont plus reculées. Il résulte de leur rencontre une sorte de raphé où je n'ai jamais vu les faisceaux de la striée se continuer d'une manière évidente avec les fibres ou le bord intérieur des lames médullaires du plafond. Je n'ai aussi jamais pu parvenir à suivre, dans une préparation naturelle, les fibres du corps calleux, ni de la striée au-delà de l'espèce de raphé dont je viens de parler. Ainsi je ne puis regarder que comme des suppositions les assertions des auteurs qui prétendent que les faisceaux médullaires du corps strié se réfléchissent sous le corps calleux pour se continuer avec ses fibres; que les fibres ou les lames de ce dernier organe se prolongent dans la substance médullaire des lobes. Je sais bien qu'à l'aide de préparations artificielles du cerveau, à l'aide de macérations prolongées dans l'alcool, on obtient des apparences de fibres qui, du corps calleux, s'étendent dans les centres médullaires des lobes, et de là jusque dans les circonvolutions. Je sais bien aussi qu'à l'aide de deux décoctions successives du cerveau dans une solution saturée de sel marin d'abord, et dans l'huile ensuite, le corps calleux se divise en lames superposées qui s'étendent aussi dans le lobe cérébral et ses circonvolutions; mais comme le corps calleux ne présente point de disposition semblable dans l'état naturel, c'est-à-dire avant d'être soumis à ces préparations artificielles; comme les lames que l'on y voit dans une coupe perpendiculaire à son épaisseur sont placées de champ les unes à la suite des autres, d'avant en arrière, dans la longueur du corps calleux, précisément en sens inverse de la situation qu'elles affectent à la suite des préparations artificielles, je crains que les lamelles superposées du plafond ne soient une disposition artificielle qui mente à la vérité.

Derrière le pédoncule, à la voûte du ventricule inférieur et de la cavité ancyroïde, le corps calleux, en se confondant avec la substance médullaire qui forme ces cavités, est en partie tapissé à sa surface intérieure par les fibres de la lame striée, qui rayonnent en arrière (44, 50, *fig.* 14), et par la couche mince et molle des fibres médullaires qui revêtent la membrane ventriculaire (36, *fig.* 13). Il en résulte que là, comme je l'ai déjà dit, les fibres propres du corps calleux sont séparées de la couche médullaire de la membrane ventriculaire par les fibres postérieures de la striée. C'est l'union constante de cette couche avec la membrane ventriculaire, sa séparation d'avec le corps calleux en arrière, sa séparation du même organe en avant, sur la ligne médiane dans la cloison où elle revêt encore la membrane des ventricules qui m'ont engagé à rapporter cette couche à la membrane ventriculaire plutôt qu'au corps calleux. Quel que soit au reste, l'organe auquel on la rapporte, l'essentiel est d'en bien décrire la disposition, et si j'y suis parvenu mon but sera rempli.

Le faisceau que l'angle postérieur du corps calleux envoie dans la cavité ancyroïde (33, *fig.* 13), est composé de fibres médullaires dirigées en arrière. Quant à son second faisceau, qui forme la corne, on n'y distingue plus de fibres médullaires. C'est une lame de substance médullaire homogène qui en dehors, au bord convexe de la corne, se confond avec la substance médullaire de la *crosse* quand elle existe, ou avec la substance médullaire du lobe qui tapisse le ventricule inférieur et qui s'enfonce ensuite dans l'épaisseur de la lèvre pour former, en s'enroulant sur elle-même, avec la substance grise qui la revêt, la lame médullaire de la circonvolution annulaire dans sa portion que je nomme la lèvre de la bouche ventriculaire.

Le raphé, l'anneau du corps calleux, est formé sur toute la ligne médiane de cet organe de deux filets medullaires très-fins et très-déliés contigus l'un à l'autre, qui rappellent l'ancienne réunion des deux moitiés latérales ou plafond, sans cependant s'étendre au delà de sa surface dans son épaisseur. Cet anneau, sous les lames sus-optique et sous temporale, est formé de chaque côté d'un filet medullaire, quelquefois invisible, qui fait suite, comme nous l'avons montré, aux filets du raphé. Enfin, sous la partie postérieure du corps calleux, sous la frange, le long de la concavité de la lèvre, là où l'anneau du plafond est formé du corps dentelé, est composé d'un cordon de substance grise.

La voûte est tout entière formée de substance blanche. Cette substance est parfois composée au milieu de sa largeur d'une très-mince couche de fibres longitudinales visibles à la surface inférieure, ce qui constitue la lyre des auteurs, parce que cette disposition ressemble à une lyre comme un cheval à un moulin à vent. Souvent on n'y trouve que la surface inférieure, du plafond. La voûte est formée, à chacun de ses bords latéraux, par un faisceau rubané. Ces faisceaux, partant de chacun des mamelons, traversent latéralement de bas en haut la substance grise du tube cinereum et de l'opticos réunis, se joignent eux-mêmes au-dessus et derrière la commissure transverse en formant l'angle antérieur de la voûte. Ils se recourbent ensuite en arrière et s'éloignent l'un de l'autre pour former les bords latéraux de la voûte et ses angles postérieurs. Ils se dirigent enfin en bas et en dehors, par derrière le pédoncule et au-dessous, en s'accolant au bord concave de la corne, en formant le corps frangé ou la frange. Ces deux cordons forment essentiellement la voûte, et peut-être, le plus souvent, la forment-ils seuls, leur intervalle n'étant occupé que par la substance du corps calleux, auquel ils adhèrent par leur bord interne (14, *fig.* 5, 7; et 14, *fig.* 9, 11).

Les faisceaux conariens sont deux petits faisceaux ou deux petits rubans médullaires qui s'étendent du conarium en avant, le long du côté interne et supérieur des opticos, qui se recourbent ensuite en bas, se plongent dans la substance grise de l'opticos et du tuber cinereum réunis, s'unissent dans l'épaisseur de cette substance chacun avec le faisceau correspondant du palier intérieur de la voûte, et enfin aboutissent au tubercule mamillaire correspondant avec ce même faisceau. Ils forment ainsi, chacun de leur côté, un demi-anneau qui, réuni à celui du côté opposé par l'intermédiaire du conarium, forme réellement encore une commissure cérébrale médiane, comme je l'ai démontré.

La commissure antérieure ou le cordon s'étend, sous la forme d'un cordon (20, 23, *fig.* 14; et 20, *fig.* 5 et 6), de la ligne médiane, et depuis le côté antérieur de la bifurcation du pilier antérieur de la voûte, en dehors et un peu en bas, mais presque horizontalement jusque dans le cendré inférieur. Ensuite le cordon se courbe peu à peu en arrière, de manière à décrire une grande courbure à convexité antérieure. Il finit en dehors et en arrière à l'extrémité postérieure du cendré inférieur, dans la substance médullaire du lobe qui enveloppe le pédoncule et forme la cavité dont ce lobe est creusé.

Dans son trajet la commissure antérieure traverse successivement la lame unitive ou sous-temporale, au moment où elle s'unit avec celle du côté opposé pour former la cloison, puis le cendré inférieur dans presque toute son étendue, mais plus près de son côté inférieur que de son côté supérieur.

La commissure enfin est formée de fibres blanches dans toute sa longueur et toute son épaisseur.

La cloison (12, 17, *fig.* 1, 3) forme tout à la fois un moyen de séparation entre les ventricules et un moyen d'union entre les lobes du cerveau. Elle est formée de divers éléments.

La portion antérieure recourbée du plafond ne se porte pas seulement en bas et en dehors, jusqu'à se continuer sans interruption avec l'isthme (12, 13, *fig.* 13; 8, 11, 12, 16, 17, 25, *fig.* 14), encore elle fait saillie en dedans, sur la ligne médiane, de manière à commencer la cloison cérébrale.

Cette cloison est ensuite formée en bas par l'union des deux lames sous-temporales sur la ligne médiane, et plus haut par la couche médullaire de la membrane des ventricules adossée à elle-même ou à celle du ventricule opposé, comme on voudra.

La lame sus-optique (22, *fig.* 14) n'est guère formée que par les filets grossis du raphé. Quelquefois on y observe deux autres filets venant de la surface interne de la courbure antérieure du corps calleux. Ces filets suivent le bord inférieur de la cloison dont ils font partie et qu'ils semblent former. Ils se portent en arrière, au-dessus du chiasma, et ensuite en dehors, dans la lame sous-temporale. Les filets du raphé et les filets de la cloison concourent à clore la cavité de celle-ci sur la ligne médiane. Il s'y joint aussi un peu de substance médullaire grisâtre qui les unit. Bien que la lame sus-optique ne présente pas de fibres transversales comme le corps calleux, elle en est, en quelque sorte, la suite, car les filets du raphé et ceux de la cloison se continuent en bas sur la ligne médiane.

Le tuber cinereum (16, *fig.* 15) est entièrement formé de substance grise, et quoiqu'on n'y trouve pas de fibres médullaires transverses comme dans les commissures, il n'en forme pas moins une commissure entre les lobes cérébraux et diverses autres parties. Ainsi, il unit ensemble, d'avant en arrière, la lame sus-optique, le chiasma, les tubercules mamillaires et l'adhérence des pédoncules. Il unit les filets sous-optiques à la lame sous-temporale, le pédoncule et même l'opticos d'un côté avec ceux du côté opposé. Enfin, le tuber cinereum rattache le corps pituitaire au cerveau.

Je viens de dire qu'il unissait les opticos eux-mêmes l'un à l'autre. Il le fait directement, car, comme je l'ai dit plus haut à l'article de la conformation du cerveau, le tuber cinereum se prolonge de chaque côté sur la surface interne des opticos jusqu'à leur commissure, qui est formée de la même substance. J'ai même démontré qu'il en résultait une sorte de tube à la partie inférieure du ventricule médian.

L'adhérence des pédoncules n'est en quelque sorte qu'un accolement qui unit ensemble les sous-pédoncules.

Les mamelons (19, *fig.* 13) sont formés de substance blanche et d'un peu de substance grise. Ils tiennent, chacun de leur côté, par leur substance blanche, aux faisceaux médullaires correspondants du pilier antérieur de la voûte et du conarium réunis en un seul cordon, et à l'opticos par un pédicule particulier. Ce pédicule du mamelon, dégagé de sa substance, se porte d'abord en arrière et en haut, puis, en montant toujours, il se courbe en avant et en dehors, et se jette dans les faisceaux du sus-pédoncule et de la lame striée. Or, comme les deux mamelons sont légèrement unis l'un à l'autre, les mamelons et leurs pédicules forment ensemble une commissure transversale à convexité inférieure.

Par ces nombreux moyens d'union, qui forment des cordes étendues d'un côté du cerveau à l'autre, chacun de ces côtés exerce-t-il une influence sur le côté opposé? Je l'ignore.

Structure des lobes. Les lobes sont formés à la périphérie des pédoncules et des commissures par les circonvolutions, la masse médullaire qui en fait la souche, et que j'appelle pour abréger le *medullum*. Ce medullum existe partout en masse continue d'une épaisseur

fort irrégulière au-dessus, au-dessous, en avant, en arrière et en dehors de la cavité creusée dans chaque lobe. On peut distinguer les diverses portions du medullum qui résultent de ces différences de situations par les épithètes de *supérieure* (8, *fig.* 1, 3), *inférieure*, etc. (18, 19, *fig.* 1, 3) qui les indiquent. De toute la surface du medullum s'élève une multitude considérable de lames médullaires diversement contournées qui pénètrent dans les circonvolutions et concourent à les former. Je reviendrai plus bas sur les circonvolutions.

Le medullum supérieur (8, *fig.* 1, 3, 5, 7, 9) est le plus épais et même le plus large et le plus régulier. A une coupe horizontale il présente une grande surface semi-circulaire, qu'on appelle à tort centre oval de Vieussens. Il est très-convexe en haut, en dehors à son côté interne, et est à peu près plane inférieurement. Le medullum supérieur se confond successivement de dedans en dehors avec le corps calleux, l'isthme et le medullum externe (18, *fig.* 1, 3) sans démarcation tranchée.

Le medullum inférieur est fort irrégulier, celui du lobe antérieur (19, 20, *fig.* 1) communique par l'isthme (18, *fig.* 18) déjà étroit, avec le medullum supérieur dont il est séparé par plusieurs anfractuosités latérales profondes. Il est encore en partie séparé du medullum inférieur du lobe moyen par la scissure temporale. Au niveau de la partie antérieure du lobe temporal il est divisé en deux parties, l'une inférieure et externe, l'autre supérieure et interne (20, *fig.* 3) qui est très-petite, comme on peut la voir sur cette figure, et qui communique toujours par l'isthme (18, *fig.* 18) avec le medullum supérieur (8). Un peu plus loin, au contraire, immédiatement au-devant du ventricule inférieur, le medullum inférieur est fort épais, ainsi qu'on le voit (21, 23, *fig.* 5) au-dessous de l'isthme (18), et il est séparé du supérieur par des anfractuosités de la scissure temporale. Au niveau du même ventricule il n'existe plus qu'en bas et en dehors, au-dessous et en dehors (20, *fig.* 7). Il n'y a en dedans que les lames médullaires des circonvolutions sous-temporales, l'isthme est ici d'une grande étroitesse. Toute la portion du medullum supérieur, qui est comprise entre la courbure antérieure du corps calleux et la partie postérieure du pédoncule, et d'un côté à l'autre entre l'isthme, qui est en dehors, et le nerf optique, qui est en dedans, forme une lame sous temporale qui, en s'unissant en arrière et en dedans avec les faisceaux inférieurs de la striée, emprisonne le cendré inférieur (16, *fig.* 1, 2) dans le cornet. Enfin la masse du medullum inférieur (20, 25, *fig.* 11) augmente de plus en plus en arrière, en se confondant aussi de plus en plus largement avec le medullum supérieur.

Les medullum antérieur et postérieur forment chacun de leur côté une masse médullaire conique, et ils communiquent d'ailleurs aussi l'un avec l'autre par l'intermédiaire de l'isthme, comme on le voit distinctement (12, *fig.* 13 et 16; 25, *fig.* 14).

Le medullum externe n'est formé que par la partie externe des medullum supérieur et inférieur, et par l'isthme.

L'*isthme* est situé en dehors des cendrés supérieur et inférieur; au-dessous du corps calleux avec lequel il s'unit d'arrière en avant, depuis la partie postérieure du cendré inférieur, jusqu'à la portion antérieure recourbée du corps calleux avec laquelle il se continue. En bas il s'unit, sous le cendré inférieur du pédoncule, avec la lame médullaire jaunâtre, mince, que je nomme sous-temporale ou unitive, parce qu'elle va se réunir à celle du côté opposé (19, 17, *fig.* 13), pour concourir à la formation de la cloison cérébrale au septum lucidum qui remonte jusqu'à la surface inférieure de la portion antérieure du plafond ou corps calleux (même *fig.* 12).

Il résulte de la continuité du corps calleux en dehors avec l'isthme, et de l'isthme avec la lame unitive, une cavité remplie par le pédoncule qui se fixe au fond.

L'isthme n'a pas d'ailleurs la même minceur dans toute son étendue; c'est dans les endroits où il correspond aux points les plus profonds de la scissure temporale, qu'il a le moins d'épaisseur (12, *fig.* 13; 16, *fig.* 14). Sa surface interne contiguë au cendré supérieur, adhère intimement (11, *fig.* 1, 7) aux faisceaux de la lame striée du pédoncule. Sa surface externe fournit quelques lames médullaires aux circonvolutions voisines.

L'isthme est formé d'une seule lame médullaire en avant, mais dans tout le reste de son étendue il est formé de deux lames médullaires, et d'une lame grise intermédiaire (12, *fig.* 13; et 16, 25, *fig.* 14).

La lame unitive ou sous-temporale est la portion du medullum inférieur, qui est visible en bas entre les lobes antérieur et moyen; elle n'est pas seulement continue en dehors avec celui-ci au-dessus des circonvolutions sous-temporales, avec la cloison et la lame sus-optique en dedans, elle l'est encore avec la portion antérieure recourbée du corps calleux en avant, au-dessus des circonvolutions sous-lobaires antérieures (6, 7, *fig.* 13; 7, 10, 12, *fig.* 14), et avec le bord libre de la portion inférieure de la striée ou du cornet (*fig.* 15, n° 28). Cette lame est mince, en partie jaunâtre, surtout en dedans de la scissure temporale, où elle est à nu et criblée de trous vasculaires qui forment le crible antérieur (17, *fig.* 13); elle forme l'ouverture que le cornet présente en bas (23, *fig.* 15) et laisse à nu le cendré inférieur (14, *fig.* 12) quand on l'a enlevée.

La substance médullaire est une pâte médullaire peu ferme où molle, homogène à la coupe, et qui parfois présente à l'œil, quand on la déchire en la raclant du centre du cerveau à la

circonférence sans autre préparation, quelque apparence de fibres rayonnantes. La substance médullaire quelquefois aussi m'a paru offrir la même apparence, quand on le raclait perpendiculairement à la première direction ; l'apparence fibreuse du medullum paraîtrait donc tenir à l'allongement qu'on fait alors éprouver à la substance ; dans tous les cas, si cette apparence est une réalité, c'est une réalité douteuse, et de la vérité de laquelle je n'ai pas encore pu m'assurer.

Les circonvolutions du cerveau sont composées d'une lame médullaire, d'une couche de substance grise, que l'on a nommée corticale, parce qu'on a cru qu'elle formait toujours l'écorce des circonvolutions; mais on sait aujourd'hui qu'elle est souvent revêtue elle-même d'une écorce jaunâtre très-mince et plus ferme.

La lame médullaire de chaque circonvolution naît, comme nous l'avons dit, de la surface du medullum par sa base, et se dirige à la périphérie de l'organe par son bord libre opposé à la base. Chaque lame est plus ou moins contournée sur elle-même, comme les circonvolutions qu'elle concourt à former; le bord libre de chaque lame est d'ailleurs plus étendu que la base, parce qu'il se déploie sur une ligne plus longue. Ce bord libre est parfois aussi plus épais que la base elle-même, comme on le voit sur la coupe des circonvolutions dans la plupart de nos figures.

Les lames médullaires sont-elles composées de deux lames appliquées l'une à l'autre, et continues l'une avec l'autre, en se recourbant à leur bord ? Cette idée n'est pour moi qu'une hypothèse. Sont-elles fibreuses sans préparation artificielle? Je n'ai pas de preuves suffisantes pour l'affirmer, quoique l'apparence fibreuse y soit bien plus évidente que dans les *medullum*, et que j'aie plus de présomptions pour le croire.

La substance grise forme une double lame assez molle, qui tapisse l'intervalle des lames médullaires, et les recouvre à leur sommet, ainsi que les subdivisions variables qu'elles présentent. Cette substance est granulée ; cependant elle prend facilement à l'état naturel, l'aspect fibreux, quand on déchire doucement les circonvolutions de leur base à leur sommet.

Quant à l'écorce jaunâtre qui revêt d'une manière si variable les circonvolutions, elle est plus ferme que la substance grise ; on n'y distingue d'ailleurs à l'état naturel ni fibres ni granulations.

GERDY,

Pr. à la Faculté de médecine de Paris.

Le directeur de service, H. GOURAUD.

Imprimerie de Schneider et Langrand, rue d'Erfurth, 1.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 3. — MARS 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Mémoire sur un nouveau procédé pour constater facilement dans nos organes la présence d'une préparation arsenicale qui aurait été absorbée (1).

Résultats obtenus par l'application du nouveau procédé.

1° J'ai soumis à l'action de l'acide nitrique pur, et *séparément*, le *sang*, le *cœur*, les *poumons*, le *foie*, la *rate*, les *reins;* et le produit sec de la décoction aqueuse des membres du cadavre d'un chien empoisonné par douze grains d'acide arsénieux, dissous dans quatre onces d'eau et introduits dans l'estomac; j'ai constamment retiré des quantités notables d'arsenic en traitant par l'eau les charbons provenant de la décomposition de ces matières organiques;

2° Le liquide obtenu en faisant bouillir l'estomac de *Soufflard* pendant une heure avec deux litres d'eau distillée a été acidulé par l'acide chlorhydrique, et soumis à un courant de gaz acide sulfhydrique; au bout de *trois mois*, il s'était déposé beaucoup de sulfure jaune d'arsenic que l'on a séparé par le filtre. La liqueur filtrée, jaunâtre, presque transparente et offrant encore l'odeur du gaz sulfhydrique, a été évaporée jusqu'à siccité et carbonisée par l'acide nitrique pur et concentré; le charbon traité par l'eau bouillante a donné un liquide dont j'ai extrait bon nombre de taches arsenicales à l'aide de l'appareil de Marsh. Cette expérience, comme on le voit, confirme ce que j'avais dit dans mon premier Mémoire, savoir, que l'on ne précipite jamais, à l'aide du gaz acide sulfhydrique, tout l'arsenic contenu dans des liquides tenant des matières animales en dissolution.

3° La *moitié* du foie du cadavre du sieur Lorrin, qui s'était empoisonné avec de l'acide arsénieux le 28 juin 1839, et qui avait succombé le 1er juillet, a été traitée par l'acide nitrique pur, et carbonisée. Le charbon, après avoir bouilli pendant vingt-cinq minutes avec huit onces d'eau, a fourni un liquide jaunâtre, d'où l'on a retiré des taches arsenicales nombreuses à l'aide de l'appareil de Marsh. Après avoir lavé ce charbon à deux reprises avec une livre d'eau froide, je l'ai fait bouillir de nouveau avec huit onces d'eau pendant une demi-heure; la liqueur filtrée, de couleur jaunâtre, *n'a point donné d'arsenic*, quoique la flamme fût bonne; et pourtant le charbon ainsi épuisé par l'eau, desséché, mélangé avec du nitre et brûlé dans un creuset de Hesse, a laissé une cendre qui, étant décomposée par l'acide sulfurique pur, a fourni un liquide avec lequel j'ai obtenu *quelques taches arsenicales excessivement légères et à peine colorées.* Le sieur Lorrin, âgé de vingt-sept ans, avait pris une assez forte dose d'acide arsénieux, ainsi qu'il résulte de la déclaration écrite qu'il a laissée, et qui nous a été communiquée par M. le procureur du roi et par le commissaire de police de la rue Montmartre; il avait considérablement vomi peu après l'ingestion du poison, et n'avait pas été saigné.

4° Le foie du cadavre de Nicolas Mercier, *que l'on soupçonnait être mort empoisonné*, et qui était enterré depuis cinq mois, a été carbonisé par l'acide nitrique; la décoction aqueuse du charbon a fourni une prodigieuse quantité de taches arsenicales, quand on l'a introduite dans l'appareil de Marsh; l'expertise médico-légale concernant cet individu a été faite par MM. Olivier (d'Angers), Devergie, Lesueur et moi.

5° Le 3 de ce mois Mme N*** avala, dans le dessein de se suicider, une cuillerée à café d'acide arsénieux en poudre fine; douze heures après elle éprouvait des accidents tels qu'il parut nécessaire de pratiquer une saignée; on ouvrit la veine et on lui appliqua des sangsues à l'épigastre; le lendemain matin je reçus de M. Casimir Broussais en-

(1) Voir les numéros d'octobre et de novembre 1839.

viron dix onces de sang. Je desséchai ce liquide dans une capsule de porcelaine avec quatre grains de potasse à l'alcool; le produit sec, du poids de deux onces et demie, fut décomposé par cinq onces d'acide azotique pur marquant quarante-un degrés; la carbonisation s'opéra en un clin-d'œil et sans incandescence dès qu'elle eut commencé. Le charbon, volumineux et sec, traité par l'eau bouillante, fournit un liquide rougeâtre peu acide, qui, mis dans l'appareil de Marsh, donna une *vingtaine de taches arsenicales petites*, peu colorées, mais brillantes. La malade, qui avait été immédiatement soulagée par les émissions sanguines, et qui est aujourd'hui presque entièrement rétablie, a été vue plusieurs fois par M. Broussais.

—

II. Mémoire sur les terrains des cimetières, sur l'arsenic qu'ils peuvent fournir et sur les conséquences médico-légales que l'on doit tirer de l'existence possible d'un composé arsenical dans ces terrains.

On sera d'accord sur ce point que, lorsqu'un cadavre inhumé depuis long-temps était contenu dans une bière encore entière au moment où l'on exhume le corps, l'influence du terrain du cimetière doit être nulle, puisque rien ne s'est échappé de la boîte et qu'aucun corps étranger n'a pu pénétrer dans son intérieur. Mais en sera-t-il de même si la bière est fendue, trouée ou réduite en morceaux, ou bien quand le cadavre aura été déposé dans la terre après avoir été simplement enveloppé d'une serpillière? Ne pourra-t-on pas dire alors que si l'on ne découvre pas d'arsenic dans les débris du cadavre d'une personne que l'on soupçonne être morte empoisonnée, cela tient à ce que le poison a été dissous par les pluies et entraîné dans la terre: en sorte qu'un empoisonnement susceptible d'être constaté peu de jours après l'inhumation, ne pourrait plus l'être quelques semaines ou quelques mois après? D'un autre côté, lorsqu'un expert aura retiré de l'arsenic d'un cadavre inhumé depuis long-temps, ne pourra-t-on pas prétendre que cet arsenic, loin d'être le fait d'un empoisonnement, a été fourni au corps par le terrain qui était arsenical?

C'est assez dire qu'il est temps d'examiner cette question sous toutes ses faces, afin de savoir quel genre d'éléments elle est susceptible de fournir pour la solution des divers problèmes relatifs à l'empoisonnement par les arsenicaux. Je diviserai mon travail en trois parties:

1° Existe-t-il des terrains de cimetière arsenicaux?

2° En cas d'affirmative, ces terrains pourraient-ils céder de l'arsenic aux cadavres qu'ils entoureraient, de manière à faire croire qu'il y a eu empoisonnement et à induire les médecins et la justice en erreur?

3° Le cadavre d'un individu empoisonné par l'arsenic peut-il abandonner le composé arsenical qu'il renferme de manière à ne plus en retenir après une inhumation prolongée?

Ces questions, comme on le voit, se rapportent aussi bien au cas où le poison se trouverait dans le canal digestif, qu'à celui dans lequel il s'agirait de découvrir l'arsenic qui aurait pu être absorbé.

PREMIÈRE QUESTION.

Existe-t-il des terrains de cimetière arsenicaux?

Voici les recherches que j'ai tentées pour résoudre cette question.

Expérience première. — J'ai fait bouillir dans l'eau pendant quatre heures sept livres de terre provenant du cimetière de Villey-sur-Tisle, près de Dijon. Cette terre mélangée de beaucoup de petits fragments osseux avait été tamisée avec soin; elle avait été prise dans la partie du cimetière où avait été inhumé, pendant cinq mois, le cadavre de Nicolas Mercier, que l'on soupçonnait être mort empoisonné par l'acide arsénieux. La décoction aqueuse filtrée, et mise dans l'appareil de Marsh, a donné lieu à une grande quantité de mousse, que l'on a arrêtée au moyen d'une couche d'huile d'olives de deux lignes d'épaisseur; elle n'a fourni aucune trace d'arsenic. Une autre partie de cette décoction traitée par un excès de gaz acide sulfhydrique et quelques gouttes d'acide chlorhydrique, a donné un précipité grisâtre, composé surtout de matière organique et dans lequel il a été impossible de découvrir la moindre trace de poison.

La terre ainsi épuisée par l'eau bouillante a été délayée dans quatre litres d'eau et traitée par de l'acide sulfurique concentré et *distillé*, versé par petites parties; il y a eu aussitôt une vive effervescence due à la décomposition du carbonate de chaux. Après trois jours de réaction entre l'acide et la terre, lorsqu'il ne se dégageait plus de gaz acide carbonique, on a fait bouillir le mélange pendant quatre heures et on a placé le tout dans un grand entonnoir en verre, dont le bec était fermé par un bouchon; deux jours après la terre étant déposée, on a soutiré le liquide surnageant avec une pipette. Ce liquide à peine acide, concentré par l'évaporation et mis dans l'appareil de Marsh, est devenu mousseux, au point qu'il a fallu, pour l'empêcher de déborder, ajouter une couche d'huile d'olives d'environ trois lignes; vingt minutes environ après le dégagement du gaz hydrogène, il a déposé sur la capsule de porcelaine *quelques* taches arsenicales *petites*, *peu colorées* et *brillantes*.

Expérience deuxième.—Sept livres de terre prise un mois après dans la partie du cimetière où avait été enterré Nicolas Mercier, traitées de la même manière, ont donné un

liquide sulfurique dont il a été impossible de retirer la moindre trace d'arsenic par l'appareil de Marsh, même après un essai de trois quarts d'heure.

Expérience troisième.—Sept livres de terre du même cimetière mélangée de fragments osseux, extraites d'un point éloigné de dix-sept mètres de celui où avait été inhumé Mercier, ayant été traitées, d'abord par l'eau bouillante, puis par l'acide sulfurique pur, comme il a été dit à l'occasion de l'expérience première, n'ont point donné d'arsenic à l'aide de l'appareil de Marsh, quoique l'on eût essayé pendant une heure environ et le liquide aqueux et celui qui provenait du traitement de la terre par l'acide sulfurique.

Expérience quatrième. — J'ai fait bouillir dans l'eau pendant quatre heures sept livres de terre du cimetière de Bicêtre, préalablement tamisée et séparée des fragments osseux avec lesquels elle était mélangée ; cette terre entourait immédiatement le cadavre d'un aliéné qui avait été inhumé six mois auparavant et qui n'était pas mort empoisonné. La dissolution aqueuse ne contenait aucune trace d'une préparation arsenicale ; mais j'ai obtenu des taches arsenicales en introduisant dans l'appareil de Marsh le liquide provenant de l'action prolongée de l'acide sulfurique distillé (V. expérience première).

Expérience cinquième.—Sept livres de terre du cimetière du Mont-Parnasse, mélangée de petits fragments osseux, ayant été traitées de la même manière que les précédentes, ont fourni un liquide sulfurique dont j'ai extrait à l'aide de l'appareil de Marsh un certain nombre de taches arsenicales.

Expérience sixième. — Sept livres de terre prise dans une autre partie du même cimetière, soumises aux mêmes opérations chimiques, ont donné des taches arsenicales si larges et si nombreuses que j'ai cru devoir examiner attentivement si par hasard l'acide sulfurique distillé dont je m'étais servi ne contiendrait pas de l'arsenic ; j'ai en conséquence décomposé dix onces de nitrate de potasse cristallisé par *huit onces de cet acide ;* après quatre heures d'ébullition, et lorsque déjà il ne se dégageait plus d'odeur nitrique, j'ai traité le sulfate acide de potasse par l'eau bouillante, et j'ai successivement introduit dans deux appareils de Marsh et la liqueur et le sel cristallisé ; *il ne s'est pas dégagé un atome d'arsenic.*

Expérience septième.—Sept livres de terre de l'ancien jardin de botanique de la Faculté de médecine de Paris, et qui ne contenait aucun fragment osseux visible, après avoir été tamisées, ont été successivement soumises à l'action de l'eau bouillante et du même acide sulfurique pur à l'aide duquel on avait retiré l'arsenic des terrains provenant du cimetière de Bicêtre et du Mont-Parnasse ; *il m'a été impossible d'obtenir la moindre trace d'arsenic.*

Expérience huitième.—Sept livres de terre du jardin botanique actuel de la Faculté au Luxembourg, prises à la profondeur de quatre pieds, ont été traitées comme les précédentes, après les avoir tamisées. On en a retiré à peu près autant d'arsenic que de la terre du cimetière de Dijon, qui fait le sujet de l'expérience première. Cette terre, d'une ancienne pépinière, était mélangée d'un assez grand nombre de fragments osseux ; elle avait été traitée par de l'acide sulfurique pur retiré du même flacon dans lequel était contenu celui qui avait servi aux expériences deuxième et troisième, faites avec la terre du cimetière de Villey-sur-Tisle, et qui n'avaient point fourni d'arsenic.

Ces expériences permettent-elles de conclure que l'arsénic obtenu de quelques uns des terrains examinés provient réellement de la terre, et ne pourrait-on pas supposer qu'il a été plutôt fourni par l'acide sulfurique *distillé* dont je me suis servi ? Qu'importe, dira-t-on, que vous n'ayez pas recueilli des taches arsenicales en essayant huit onces de cet acide avec du nitrate de potasse (V. expérience sixième) ? N'en aviez-vous pas employé deux ou trois livres pour décomposer la terre sur laquelle vous expérimentiez chaque fois ? Il aurait donc fallu soumettre à l'essai une quantité pareille d'acide sulfurique *distillé*, au lieu d'agir comme vous l'avez fait sur huit onces seulement ? Je reconnais en principe la force de l'objection ; cependant j'ai de la peine à lui accorder quelque valeur dans l'espèce ; d'abord parce qu'il est difficile d'admettre que huit onces d'acide sulfurique *distillé* et pourtant *arsenical* ne fournissent *aucune trace d'arsenic*, mais surtout parce que les expériences deuxième, troisième et huitième ont été faites avec des proportions égales d'acide sulfurique pris *dans un même flacon*, et que je n'ai pas obtenu d'arsenic dans les deux premiers cas, tandis que j'en ai retiré du terrain qui fait le sujet de l'expérience huitième. Je suis donc porté à croire que le métal recueilli dans ces recherches provenait du terrain et non de l'acide.

Mais je vais plus loin, et j'admettrai pour un instant que je suis dans l'erreur : serait-il donc impossible qu'un terrain de cimetière fût arsenical ou du moins qu'il fût mélangé d'une assez grande quantité de *détritus osseux*, pour qu'il fournît l'arsenic contenu dans ces os lorsqu'on le traiterait par l'acide sulfurique absolument comme on traite les os dont on veut retirer l'arsenic ? Non, certes ; loin de là, il ne serait guère possible d'admettre qu'un terrain ainsi mélangé ne donnât pas d'arsenic : aussi me paraît-il nécessaire de prévoir le cas et de tracer aux experts la

conduite qu'ils auraient à tenir dans ces circonstances.

Quoi qu'il en soit, voici les conclusions qui découlent incontestablement des huit expériences qui précèdent : 1° l'eau bouillante et à plus forte raison l'eau froide n'ont jamais extrait des divers terrains soumis à l'analyse la plus légère trace d'arsenic ; 2° pour retirer ce métal, il a fallu traiter les terres qui en ont fourni par l'acide sulfurique bouillant pendant plusieurs heures, et encore après avoir fait agir pendant deux ou trois jours à froid sur les terrains cet acide étendu d'eau.

DEUXIÈME QUESTION.

Un terrain qui serait arsenical pourrait-il céder de l'arsenic aux cadavres qu'il entourerait, de manière à faire croire qu'il y a eu empoisonnement et à induire les médecins et la justice en erreur ?

Pour résoudre cette question d'une manière satisfaisante, il importe d'examiner le cas où il existerait dans le terrain un composé arsenical insoluble dans l'eau, comme dans les exemples précédemment cités, et le cas où ce composé serait soluble dans ce liquide ; il ne serait pas impossible, en effet, que l'on eût jeté à la surface d'un cimetière de l'acide arsénieux, de l'acide arsénique, un arsénite ou un arséniate solubles.

A. *Le terrain contient un composé arsenical insoluble dans l'eau bouillante.* — Il suffira de quelques mots pour établir de la manière la plus incontestable que, dans l'espèce, l'arsenic du terrain ne peut pas pénétrer jusqu'à l'intérieur d'un cadavre entier ou ouvert. Comment admettre, en effet, que, par suite de l'infiltration des eaux pluviales, un composé arsenical *insoluble dans l'eau bouillante* et que l'acide sulfurique bouillant ne dissout qu'avec peine, ait pu être dissous, cheminer dans l'intérieur de la terre et arriver à la surface du corps ? Comment supposer, en outre, qu'une pareille dissolution, si elle était possible, parvînt à imprégner les divers tissus, lorsque nous verrons tout à l'heure que cet effet n'a même pas lieu quand un cadavre est inhumé dans un terrain auquel on a ajouté une forte dissolution d'acide arsénieux ?

B. *Le terrain contient un composé arsenical soluble dans l'eau froide.* — Pour savoir jusqu'à quel point l'acide arsénieux dissous pénètrerait nos organes, j'ai tenté les expériences suivantes :

Expérience neuvième.—J'ai rempli de terre de jardin un bocal haut de deux pieds et large de huit pouces, et j'ai arrosé la surface avec une once d'eau tenant un grain d'acide arsénieux en dissolution. Deux jours après, j'ai traité par l'eau froide, pendant vingt-quatre heures, une portion de terre prise à la partie supérieure, une autre portion du milieu du bocal, et enfin la partie qui en occupait le fond : des trois liqueurs filtrées, celle qui était à la surface est la seule qui m'ait fourni de l'acide arsénieux, et encore a-t-il fallu attendre quelques instants pour que les acides sulfhydrique et chlorhydrique aient développé une coloration jaune.

Expérience dixième.—J'ai répété cette expérience d'abord avec quatre grains, puis avec douze grains d'acide arsénieux dissous dans la plus petite quantité d'eau possible ; les résultats ont été les mêmes, si ce n'est que les réactions ont été instantanées lorsque j'ai versé l'acide sulfhydrique dans le liquide provenant de la couche supérieure de terre.

Expérience onzième.—Les portions de terre qui ne m'avaient point fourni d'acide arsénieux ont toutes été traitées par l'acide sulfurique *pur* étendu d'eau ; après un contact de plusieurs heures à froid et une ébullition prolongée, j'ai filtré les liqueurs et je les ai introduites dans des appareils de Marsh ; il m'a été impossible de retirer la moindre trace d'arsenic.

Expérience douzième. — J'ai recommencé l'expérience avec douze grains d'acide arsénieux dissous, et, pour imiter les effets de la pluie, j'ai, dès le lendemain, versé à six reprises sur la terre une once d'eau chaque fois ; le jour suivant, j'en ai ajouté huit onces à dix heures du matin, et autant le soir, et j'ai abandonné ce mélange à lui-même pendant deux jours : à cette époque, la terre paraissait mouillée dans toute son étendue, et l'on voyait à la partie supérieure une couche d'eau d'environ deux lignes. Après avoir fait écouler ce liquide, j'ai extrait du bocal trois portions de terre prises en haut, au milieu et à sa partie inférieure, et je les ai laissées, séparément, pendant plusieurs heures, dans de l'eau distillée froide. Les liqueurs provenant des couches *supérieure* et *moyenne* contenaient assez d'acide arsénieux pour jaunir à l'instant même par l'acide sulfhydrique, après les avoir acidulées ; quant à la liqueur obtenue avec la terre du fond du bocal, elle ne se colorait pas même au bout de quarante-huit heures et ne fournissait aucune trace d'arsenic lorsqu'on la mettait dans l'appareil de Marsh.

Expérience treizième. — J'ai versé sur de la terre de jardin placée dans un bocal semblable au précédent un grain d'acide arsénieux dissous dans une once d'eau et *saturé par du carbonate d'ammoniaque ;* dans un second vase, j'ai mis quatre grains du même poison ammoniacal et dissous ; enfin, j'ai arrosé la terre contenue dans un troisième bocal avec douze grains d'acide arsénieux dis-

sous dans trois onces d'eau et également saturé par l'ammoniaque. Au bout de quinze jours, j'ai soumis à l'action de l'acide sulfhydrique et de l'acide chlorhydrique les liquides aqueux provenant de l'action de l'eau froide, pendant vingt-quatre heures, sur les neuf couches de terre retirées des parties supérieure, moyenne et inférieure de chacun de ces vases. *Un grain d'arsénite d'ammoniaque.* La dissolution correspondante à la couche supérieure a précipité du sulfure d'arsenic à l'instant même, tandis que les couches moyenne et inférieure ne se sont aucunement colorées. *Quatre grains d'arsénite d'ammoniaque.* Je n'ai rien obtenu avec les liquides provenant des couches moyenne et inférieure. La couche supérieure contenait, au contraire, une quantité notable d'acide arsénieux. *Douze grains d'arsénite d'ammoniaque.* Il s'est formé un précipité abondant de sulfure d'arsenic avec le liquide fourni par la couche supérieure de terre; aucune coloration jaune ne s'est manifestée, au contraire, en soumettant à l'action des réactifs ci-dessus désignés les liquides aqueux provenant des couches moyenne et inférieure.

Expérience quatorzième. — J'ai vu d'un autre côté 1° que l'acide arsénieux dissous ne fait point effervescence avec les terres qui renferment une grande quantité de carbonate de chaux, ce qui prouve qu'il ne décompose pas, du moins facilement, ce carbonate; 2° qu'en laissant en contact et à froid, pendant six jours, de l'arsenic d'ammoniaque dissous et du carbonate de chaux pur récemment préparé et encore humide, il ne s'était pas sensiblement produit de l'arsénite de chaux; d'où il suit que le carbonate de chaux des terrains ne serait pas aisément décomposé par l'arsénite d'ammoniaque avec lequel il serait mêlé.

Expérience quinzième. — J'ai laissé pendant quarante-huit heures en contact deux gros de sulfate de chaux cristallisé et pur, et une once d'arsénite d'ammoniaque dissous. La liqueur filtrée contenait du sulfate d'ammoniaque; le précipité lavé à grande eau sur un filtre, jusqu'à ce que la liqueur ne donnât plus de traces d'arsenic, a été mis dans un appareil de Marsh et a fourni de nombreuses taches arsenicales foncées et brillantes, d'où il résulte qu'il s'était formé de l'arsénite de chaux. Il se pourrait donc que l'arsénite d'ammoniaque qui s'échapperait d'un cadavre en putréfaction se transformât au bout de quelques jours en arsénite de chaux si le terrain contenait du sulfate de cette base; dans ce cas, l'absence dans le terrain du cimetière d'une préparation arsenicale insoluble *dans l'eau froide* ne prouverait pas que le cadavre n'a pas fourni de l'arsenic à ce terrain.

Expérience seizième. — Après avoir creusé la terre d'un jardin jusqu'à la profondeur de trois pieds, j'ai arrosé le fond du trou avec *huit grains* d'acide arsénieux dissous dans trois onces d'eau, puis j'ai placé sur cette terre un foie d'adulte, mort à la suite d'une amputation; j'ai recouvert ce viscère d'une couche de deux pouces de terre, que j'ai arrosée avec une égale quantité d'acide arsénieux; enfin, après avoir comblé ce trou en ajoutant toute la terre qui avait été enlevée, j'ai versé à la surface de cette terre la même quantité de dissolution arsenicale. Cinq jours après, j'ai arrosé la partie supérieure de cette portion de terrain avec huit litres d'eau, et j'ai ajouté bientôt après un gros d'acide arsénieux dissous dans deux litres du même liquide. Ce terrain contenait, par conséquent, quatre-vingt-seize grains d'acide arsénieux. Neuf jours après le commencement de l'expérience, j'ai recueilli soigneusement quatre couches de terre, l'une à la surface, une autre à un pied de profondeur, et celles qui étaient en contact avec les faces supérieure et inférieure du foie. Ces diverses portions de terre, mais surtout celle qui était en dessous du foie, mises en contact avec l'eau froide pendant vingt-quatre heures, ont fourni des liquides dont j'ai précipité du sulfure d'arsenic par l'acide sulfhydrique additionné de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Le *foie*, déjà ramolli et bien putréfié, conservait pourtant sa forme et son aspect ordinaires; après l'avoir débarrassé soigneusement de la terre qui y adhérait plus ou moins, et l'avoir bien lavé en le tenant pendant quelques minutes sous un filet d'eau, je l'ai coupé en deux tranches égales, l'une supérieure, l'autre inférieure; chacune de ces portions a été desséchée séparément dans une capsule de porcelaine, avec deux grains de potasse à l'alcool, et décomposée par six fois son poids d'acide azotique pur à quarante et un degrés. Cette proportion d'acide était indispensable pour obtenir une bonne carbonisation, parce que déjà il s'était formé une quantité notable de matière savonneuse ou grasse, et que ce produit n'est pas facilement décomposé par l'acide azotique. Au bout d'une heure environ, les liquides ont fourni des charbons volumineux, secs et tels qu'on pouvait les désirer. Ces charbons, après avoir bouilli dans l'eau pendant vingt-cinq minutes, ont donné des liqueurs *noires* d'où il a été impossible d'extraire *la moindre trace d'arsenic* à l'aide de l'appareil de Marsh.

Il résulte des expériences qui précèdent : 1° qu'en arrosant avec une dissolution d'acide arsénieux ou d'arsénite d'ammoniaque un terrain contenant beaucoup de carbonate de chaux, ces composés restent sans éprouver d'altération à peu près dans la zone de terre où ils avaient été placés; 2° que, lors même que ce terrain a été mouillé par la pluie, les dissolutions arsenicales ne traversent la terre que lentement, en sorte qu'on n'en trouve pas à une petite distance du point où elles avaient été primitivement déposées;

3° qu'elles ne pénètrent pas sensiblement dans l'intérieur des organes qu'elles entourent de toutes parts, alors même qu'elles existent dans le terrain en proportion considérable, et qu'il suffit de laver soigneusement la surface de ces organes avec de l'eau pour emporter la faible portion d'arsenic qui pourrait s'y trouver; 4° qu'il est dès lors difficile d'admettre qu'un terrain contenant un composé arsenical *soluble* puisse céder de l'arsenic à un cadavre *entier* ou *ouvert* de manière à faire croire à un empoisonnement; 5° que l'on s'exposerait toutefois à commettre des erreurs graves dans l'espèce si l'on n'enlevait pas attentivement par des lavages toute la terre *arsenicale* qui est en contact avec les tissus, avant de soumettre ceux-ci aux opérations chimiques.

Je terminerai l'examen de cette question par une considération qui n'est pas sans importance pour ceux qui seraient tentés de croire, après les faits qui précèdent, qu'un composé arsenical contenu dans la terre aurait pu pénétrer jusque dans l'intérieur des organes; c'est qu'alors il arriverait de deux choses l'une, ou bien que toutes les parties du cadavre fourniraient la même proportion d'asenic, c'est-à-dire une quantité qui serait en rapport avec leur poids, ou bien que tel organe qui se serait trouvé en contact avec la portion du terrain arsenical devrait en contenir, tandis qu'il n'y en aurait pas dans ceux que la terre arsenicale n'aurait point touchés. Or, c'est ce qui n'a jamais lieu dans un cas d'empoisonnement avec absorption; toutes les parties du corps renferment alors de l'arsenic dans une proportion fort inégale et nullement en rapport avec leur masse, car il y en a d'autant plus que l'organe était plus vasculaire.

TROISIÈME QUESTION.

Le cadavre d'un individu empoisonné par l'arsenic peut-il abandonner le composé arsenical qu'il renferme, de manière à ne plus en retenir après une inhumation prolongée?

Voici ce que nous avons dit à cet égard dans le *Traité des exhumations juridiques* publié en 1830 : « Il n'est pas douteux que « l'acide arsénieux ne se transforme à la « longue et à mesure qu'il se produit de « l'ammoniaque en arsénite d'ammoniaque « *beaucoup plus soluble* que l'acide arsénieux, « en sorte qu'il pourrait se faire qu'au bout « de quelques années on ne parvînt pas à « démontrer la présence de l'acide arsénieux « là où il aurait été facile de le constater « quelques mois après l'inhumation, parce « que cet acide, auparavant solide et granu- « leux, une fois transformé en arsénite d'am- « moniaque, serait devenu soluble et aurait « filtré dans la terre, à travers les parois de « la bière, ou se serait écoulé par les trous « que présente souvent la face inférieure « de cette boîte lorsque la putréfaction a « fait de grands progrès (p. 285, tome 2). »

Cette citation résume exactement la solution du problème qui m'occupe; il me paraît toutefois indispensable de la commenter et de préciser les diverses espèces qui peuvent se présenter. En disant qu'il *pourrait* se faire qu'au bout de *quelques années* on ne parvînt pas à trouver de l'arsenic dans un cadavre lorsqu'il aurait été facile d'en constater la présence quelques mois après l'inhumation, je n'ai entendu parler que d'une préparation arsenicale solide *qui aurait été introduite dans l'estomac ou dans le rectum* dans le dessein de donner la mort; or, comme on le voit, j'ai singulièrement restreint les cas où l'expert sera appelé à décider des questions de ce genre; en effet, le poison restera dans le canal digestif, où il était au moment de la mort, tant que ce canal conservera son intégrité et sa mollesse, et alors même que par les progrès de la putréfaction, l'estomac et les intestins se seront desséchés, en occupant un très petit volume, ils continueront à présenter une cavité dans laquelle on retrouvera encore, sinon la totalité, du moins une partie du poison. J'irai plus loin, et j'admettrai que la décomposition putride ait été portée au point de réduire les tissus de l'estomac et des intestins, ainsi que ceux des autres viscères abdominaux, en une matière gris brunâtre ou d'un vert foncé sale, comme graisseuse et semblable au cambouis; même alors il serait encore possible de découvrir une certaine quantité d'acide arsénieux qui aurait échappé à l'action de l'ammoniaque, ou qui, s'étant combiné avec cet alcali, aurait formé un arsénite susceptible d'être retenu par les tissus et par la matière grasse dont j'ai parlé. Cette manière de voir est, d'ailleurs, conforme à ce que nous apprend l'observation. Déjà plusieurs fois les experts ont constaté, long-temps après l'inhumation, la présence de l'acide arsénieux qui avait été introduit dans l'estomac, quoique la putréfaction eût parcouru toutes ses périodes et qu'il y eût eu production d'une grande quantité d'ammoniaque. D'un autre côté, j'en ai retiré beaucoup en exhumant, au bout de neuf mois six jours, un gros intestin où j'en avais mis vingt grains avec des matières alimentaires et que j'avais enfermé dans une boîte de sapin avant de l'enterrer. Nous savons aussi qu'après avoir saupoudré deux tranches épaisses de veau avec de l'acide arsénieux, Dubuc, de Rouen, les déposa dans une forte boîte en bois de chêne et les enterra dans un sol assez perméable à l'eau. Au bout de *six ans*, il fit l'exhumation de ce petit cercueil et y trouva une sorte de terreau qui se délitait sous les doigts et qui contenait encore tellement d'arsenic que vingt-quatre grains, jetés sur des charbons ardents, empoisonnèrent de leur odeur arsenicale un laboratoire d'une assez grande dimension (*Journal de Chimie médicale*, t. 11, p. 278).

On voit donc, par cette première espèce,

combien seront rares les cas où le poison arsenical soluble aura été *complètement* dissous par les pluies et entraîné dans la terre.

En sera-t-il de même pour la portion d'acide arsénieux qui, ayant été absorbée, se trouve *en très petite proportion* dans chacun de nos organes? Ici, à défaut de faits, nous pouvons nous aider du raisonnement. Plus la quantité du poison arsenical est faible par rapport à la masse de l'organe qui le contient, et plus il y a de chances pour qu'il reste dans cet organe, d'abord parce que les produits de la putréfaction pourront le retenir en formant avec lui des composés nouveaux peu solubles ou insolubles dans l'eau, et ensuite parce que les acides arsénieux ou arséniques, étant susceptibles de s'unir à la chaux, agiront peut-être à la longue sur une portion de celle qui existe dans nos organes et se transformeront en arsénite ou en arséniate insolubles. Toujours est-il que l'on admettra sans peine que l'ammoniaque produite pendant la putréfaction, et qui pourrait rendre l'acide arsénieux assez soluble pour être facilement entraîné par les pluies, que l'ammoniaque, dis-je, se combinera avec les acides gras qui se développent, dans ces circonstances, pour former du gras de cadavre, et qu'elle ne se portera pas de préférence sur ce poison, à moins que ce ne soit pour l'envelopper et le retenir à l'état insoluble. Je pense donc que, même pour la portion d'acide arsénieux absorbée, il doit être excessivement rare que les pluies l'entraînent en totalité. Mais admettons que l'on soit disposé à adopter une opinion contraire avant que l'expérience ait prononcé, du moins devra-t-on s'accorder sur ce point que l'on pourra retrouver ce poison *toutes les fois que les membres et les viscères auront conservé leur intégrité*, ou bien lorsque, après avoir été détruits en partie, il restera encore *des portions* de ces membres et de ces viscères *formant un tout reconnaissable*.

Supposons actuellement que, par les progrès de la putréfaction, les diverses parties du cadavre soient déjà dans un état de putrilage qui les rende méconnaissables, sans que toutefois le corps soit réduit encore en un détritus pulvérulent, et voyons ce que deviendrait l'acide arsénieux qui aurait abandonné les tissus pour se mêler à la terre. Tout porte à croire, d'après les expériences neuvième, dixième, onzième, douzième, treizième et quatorzième, que cet acide et l'arsénite d'ammoniaque formé conserveraient long-temps leur solubilité dans un terrain qui ne contiendrait pas du sulfate de chaux sans se transformer, par conséquent, en arsénite de chaux insoluble, qu'ils resteraient mélangés à la terre qui avoisine le cadavre tant qu'ils n'auraient pas été entraînés un peu plus loin par l'action des pluies, action qui n'est pas à beaucoup près aussi efficace qu'on pourrait le croire au premier abord; d'où il suit que l'on serait grandement autorisé à penser, si l'on découvrait dans un terrain de cimetière un composé arsenical *soluble dans l'eau froide*, que ce composé provient d'un des cadavres du voisinage, à moins qu'il ne fût prouvé que cette partie du terrain a été arrosée avec une dissolution d'acide arsénieux ou de toute autre préparation arsenicale, ou bien que l'on a jeté à sa surface une poudre arsenicale soluble.

Admettons, au contraire, le cas où un cadavre contenant de l'arsenic aura été réduit par les progrès de la putréfaction en un *détritus* qui s'est mélangé à la terre de manière à ce qu'il ne soit plus possible d'en reconnaître les débris à l'œil nu, n'est-il pas probable qu'alors encore ce mélange céderait à *l'eau froide*, ou du moins à *l'eau bouillante*, le composé arsenical qu'il pourrait renfermer? Or, comme les terrains des cimetières ne se comportent jamais ainsi quand on les traite par l'eau, l'expert n'hésiterait pas, en pareil cas, à tirer de la présence de l'arsenic les mêmes inductions que celles dont il vient d'être fait mention à l'occasion des terrains dans lesquels il existerait une dissolution arsenicale.

CONCLUSIONS.

1° Dans les cas d'exhumation juridique provoquée par le soupçon d'un empoisonnement par une préparation arsenicale, l'expert devra analyser la terre qui entoure le cadavre ou le cercueil, pour savoir si elle contient de l'arsenic, toutes les fois que le corps n'aura pas été enfermé dans une bière ou que celle-ci ne sera ni entière ni parfaitement close.

2° Si le cadavre, *encore entier*, après avoir été parfaitement nettoyé et lavé à l'eau froide, fournit de l'arsenic et que le terrain ne renferme pas un composé arsenical, soluble dans l'eau bouillante, on affirmera que ce métal ne provient pas de la terre, parce qu'il est impossible d'admettre que dans aucun cas celle-ci puisse avoir cédé une partie de la préparation arsenicale insoluble qu'elle pourrait contenir.

3° Si le corps, préalablement ouvert, ou déjà en partie détruit par la putréfaction, forme cependant encore un tout distinct, et qu'il donne de l'arsenic après avoir été soigneusement débarrassé de la terre qui adhère à sa surface, lorsque cette terre ne cède pas d'arsenic à l'eau bouillante, on affirmera, comme dans le cas précédent, et par les mêmes motifs, que le métal n'a pas été fourni par le terrain.

4° Si le cadavre est réduit en *terreau* et mélangé à la terre, et qu'en traitant celle-ci par l'eau *froide* on obtienne une *solution* arsenicale, on recherchera si la terre prise à trois ou quatre mètres de distance se comporte de même. En cas de négative, on pourra fortement *soupçonner* que l'arsenic retiré du terreau provient du cadavre et non de la terre, à moins qu'il ne soit ultérieurement prouvé que la partie du cimetière où se trouve le

corps avait été arrosée à une époque quelconque avec une dissolution arsenicale, ou bien qu'une poudre arsenicale soluble avait été déposée à sa surface. Si, *contre toute attente*, la terre éloignée du lieu de l'inhumation cédait aussi un composé arsenical à l'eau *froide*, il faudrait bien se garder de faire soupçonner que l'arsenic a été fourni par le cadavre.

5° Si le terreau ne donnait point d'arsenic avec l'eau froide, ni même avec ce liquide bouillant, et que l'on en retirât après l'avoir fait réagir pendant quelque temps sur l'acide sulfurique *pur*, d'abord froid, puis à la température de l'ébullition, on serait porté à croire qu'il n'y a pas eu empoisonnement par une préparation arsenicale soluble, si le terrain ne contenait pas de sulfate de chaux, parce qu'*en général* les composés arsenicaux solubles qui auraient pu abandonner le corps pour se mêler à ces sortes de terrains conservent pendant long-temps la faculté de se dissoudre dans l'eau froide : d'ailleurs l'arsenic obtenu dans cette expérience pourrait très bien provenir de celui qui est *naturellement* contenu dans les débris osseux que l'on trouve toujours dans les terrains des cimetières.

Toutefois, comme il n'est pas démontré que les composés arsenicaux solubles qui auraient pu abandonner le corps ne puissent à la longue se transformer dans le sein de la terre en sels insolubles dans l'eau, surtout lorsque cette terre contient du sulfate de chaux, l'expert devra, dans un cas aussi épineux, analyser quelques autres parties du terrain du même cimetière ; et s'il résultait de ses recherches qu'elles ne contiennent point d'arsenic, ou qu'elles en renferment beaucoup moins que le terreau, il lui serait peut-être permis d'élever de *très légères conjectures* sur la possibilité d'un empoisonnement. ORFILA.

Prof. de la Faculté de médecine.

III. — Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838 (1).

Après avoir décrit aussi fidèlement que possible les altérations pathologiques et les symptômes que j'ai observés, il me resterait encore à dire quelle corrélation existait entre eux ; mais, il faut l'avouer, s'il était quelquefois permis de diagnostiquer certainement ou une péritonite à cause d'un épanchement constaté dans la cavité du péritoine, ou des abcès dans l'épaisseur des muscles des membres, jamais il n'était possible de savoir si l'on rencontrerait du pus dans les veines, dans les lymphatiques, dans le tissu cellulaire, ou dans l'épaisseur de l'utérus. On pouvait tout au plus avoir quelques présomptions, en se fondant sur les autopsies précédentes, pour prévoir les lésions qui se présenteraient, à cause de l'espèce d'uniformité qu'affectent dans leur développement tout entier les maladies épidémiques. C'est qu'en effet la fièvre puerpérale n'est pas une maladie de tel ou tel organe en particulier; ce n'est pas plus une métro-péritonite qu'une phébite utérine ou une lymphite, mais une affection éminemment générale. On a trop négligé l'étude de ses symptômes pour lui préciser un siége et la localiser dans une lésion anatomique plus ou moins constante, et on est forcé d'admettre qu'à un même groupe de symptômes peuvent se rapporter les altérations anatomiques les plus différentes.

Si, cependant, ne considérant plus quel est le siége de ces altérations, on envisage seulement leur nature, on verra que peu importent les tissus affectés, les veines ou les lymphatiques, le péritoine ou l'utérus, mais qu'il existe un caractère anatomique invariable, la présence de pus dans l'économie. Maintenant, que ce pus se rencontre presque constamment dans le péritoine, cela s'explique par les modifications importantes qu'a éprouvées cette membrane pendant la gestation, par les tiraillemens que lui font subir les contractions répétées de l'utérus après l'accouchement, et par la susceptibilité phlegmasique si prononcée des séreuses ; que ce pus soit assez souvent dans les veines, dans les vaisseaux lymphatiques et dans l'épaisseur du tissu même de l'utérus, cela s'explique encore par le développement considérable de ces organes, par leur vitalité si singulièrement exagérée. Mais on comprend aussi comment toutes ces lésions peuvent exister isolément ou être réunies, comment elles se trouveront manquer tandis qu'il y aura, cependant, du pus dans l'épaisseur des muscles, ou dans le tissu cellulaire du bassin, comment il ne se rencontrera aucune altération anatomique appréciable si les éléments du pus n'ont pas encore eu le temps de se fixer, et enfin comment des caractères anatomiques si divers en apparence appartiennent à un même ordre de symptômes.

Si les limites de cet article de journal me l'eussent permis, j'aurais rapporté ici quelques-unes des nombreuses observations que j'ai recueillies ; on eût été frappé tout d'abord de la similitude qu'elles présentent dans leur ensemble. Même rapidité dans l'invasion de la maladie, même succession et pour ainsi dire identité de nature dans les symptômes, même résultat funeste; c'est à peine si elles diffèrent entre elles par quelques détails; — et cependant quelle variété dans les altérations anatomiques, du moins quant à leur siége ! Tantôt il existe une collection d'un liquide puriforme dans les muscles des membres, tantôt le pus se rencontre dans les cavités séreuses, le péritoine, les plèvres, les articulations; chez une malade, le pus

(1) Voir les numéros de décembre 1839 et janvier 1840.

est contenu dans les veines ou les lymphatiques ; chez cette autre, il remplit le tissu cellulaire du bassin ; ou bien, enfin, les recherches les plus minutieuses ne font découvrir aucune lésion. S'agit-il donc ici de maladies parfaitement distinctes : d'une fièvre ataxique, d'un phlegmon, d'une phlébite, d'une péritonite, d'une lymphite ? Mais, alors, pourquoi cette identité dans les symptômes ?

C'est que, dans tous ces cas, il existait un état pyogénique de l'économie, constituant à lui seul toute la maladie, et qui tantôt s'est révélé par des lésions anatomiques manifestes, tantôt a échappé à nos investigations quand une mort trop prompte ne lui a pas laissé le temps de se traduire par quelque altération locale. Maintenant, que tel ou tel organe ait été affecté suivant telle ou telle prédisposition, cela n'est pas d'une grande importance. Qu'importe ici le siége de l'altération, pourvu que sa nature soit la même? Je me laisserais presque entraîner à dire : Qu'importe même que cette altération ait été constatée dans les cas où les symptômes sont là pour prouver que cette altération, bien qu'elle n'ait pas été appréciable dans l'état actuel de nos connaissances, n'en existait pas moins?

Est-ce à dire, pour cela, que chez une femme en couche toute maladie sera une fièvre puerpérale, qu'il ne saurait y avoir de métrite, de péritonite, de pleurésie même? Non, sans doute ; mais, quand ces maladies existent seules, elles ont aussi d'autres symptômes que ceux de la fièvre puerpérale. C'est ce que chaque jour, dans la pratique civile, on a occasion d'observer. Dans les hôpitaux, au contraire, et au milieu d'une épidémie, existât-il une de ces affections toutes locales, le plus souvent elle deviendra le point de départ d'une véritable fièvre puerpérale, dans laquelle elle viendra se confondre et ne sera plus qu'un épiphénomène.

La fièvre puerpérale serait donc une maladie essentiellement générale, dont le caractère anatomique est l'existence de pus dans tel ou tel point de l'économie. Ce n'était pas à moi qu'il convenait de changer en rien le langage médical ; sans cela j'aurais cru rendre parfaitement ma pensée en désignant la maladie que j'ai décrite ici sous le nom de *fièvre pyogénique des femmes en couche.*

Traitement. — Dans la plupart des écrits où se trouve traitée d'une manière générale l'histoire de la fièvre puerpérale, nous voyons les auteurs étaler, comme à plaisir, une longue liste des moyens thérapeutiques employés dans cette maladie, pour déclamer ensuite contre leur impuissance. Il n'y a pas justice à parler ainsi. Les exemples surabondent de ces épidémies, qui n'épargnaient aucune nouvelle accouchée, effrayantes par la rapidité de leur invasion et leur résultat inévitable, qui reculèrent cependant devant une sage méthode de traitement. Ainsi, les docteurs Alexandre Gordon, Armstrong, Hey, Denman, dans des lieux différents, dans des épidémies différentes, employèrent la saignée et obtinrent d'immenses résultats. Boër, à Vienne, avait essayé plusieurs médications toujours inutilement ; il a recours aux purgatifs, et guérit ses malades. Doulcet, à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans une épidémie où toutes les malades périssaient, saisit, comme une indication précieuse, quelques vomissements éprouvés par une nouvelle accouchée, prescrit l'ipécacuanha, et de ce jour l'épidémie est vaincue. Que dirai-je alors de la fièvre puerpérale sporadique ? Ne la voit-on pas tous les jours céder à l'emploi des émissions sanguines, des purgatifs, de l'ipécacuanha ? Ce dernier médicament surtout ne compte-t-il pas des succès presque constants ? Je ne saurais mieux faire que de citer ici les paroles de M. le professeur Trousseau : « Pendant cinq ans que nous avons eu à l'Hôtel-Dieu de Paris un service de soixante lits de femmes, où nous recevions un très grand nombre de femmes en couche, jamais nous n'avons manqué d'administrer l'ipécacuanha aux femmes récemment accouchées, quelle que fût d'ailleurs l'affection locale dont elles étaient atteintes, et jamais, nous pouvons ici l'affirmer, nous n'avons vu le moindre accident résulter de cette pratique ; et, au contraire, dans presque tous les cas, nous avons obtenu la guérison ou un notable amendement. »

A tous ces exemples on opposera les exemples aussi nombreux d'épidémies résistant à toutes les médications : celles qui eurent lieu, en 1800, à l'hôpital Sainte-Catherine de Milan ; en 1812, dans le grand hôpital de Dublin ; en 1829, 1831, 1834, à l'hôpital de la Maternité : on citera Guillaume Hunter, Baudelocque Désormeaux, essayant tous les traitements et presque toujours sans succès. Mais est-ce donc la faute de la thérapeutique ? Ne faut-il pas plutôt accuser l'impuissance de la pathologie, si peu avancée dans tout ce qui regarde l'étude des maladies épidémiques ? Du moment qu'on a pu, soit à l'aide d'un traitement rationnel, soit même à l'aide d'une médication empyrique, entraver quelquefois la fièvre puerpérale, il faut avouer, quand nous voyons nos efforts inutiles, que nos insuccès sont peut-être dus à ce que nous n'avons point saisi avec assez de sagacité quelques indications fournies par la forme particulière de la maladie, et à ce découragement coupable qui paralyse jusqu'à la faculté d'observer chez ceux qui n'ont point foi dans la thérapeutique.

Émissions sanguines. — Pour les médecins qui ne voient dans la fièvre puerpérale qu'une phlegmasie de tel ou tel organe, les saignées devaient nécessairement, dans le traitement de cette maladie, tenir le premier rang. Elles furent assez souvent employées, et on

ne peut nier que des succès assez nombreux n'aient été obtenus; mais ce fut toujours quand l'affection ne régnait que d'une manière sporadique, ou dans quelques épidémies rares où elle avait revêtu une forme inflammatoire des plus prononcées. Dans les épidémies les plus fréquentes, au contraire, c'est la forme typhoïde qui domine, et alors il reste prouvé jusqu'à l'évidence, par l'observation, que les saignées, loin d'apporter le moindre amendement dans les symptômes, les aggravent, et deviennent même la cause d'accidents nouveaux. C'est que, dans ces circonstances surtout, la fièvre puerpérale n'est point une simple phlegmasie, mais une affection générale avec quelque chose de spécial, un mal plus grave et moins connu. Il ne faut pas oublier, en outre, que, dans les hôpitaux, les malades se trouvent au milieu des conditions hygiéniques les moins favorables, que l'on a affaire le plus souvent à des natures appauvries. On doit prendre garde de porter la moindre atteinte à de pareilles constitutions, et de leur ôter les moyens de résister aux influences pernicieuses auxquelles elles ne cessent d'être soumises. Deux fois, dans le courant de l'année dernière, nous avons eu occasion d'observer des femmes chez lesquelles la forme inflammatoire de la maladie avait commandé l'emploi des émissions sanguines; une saignée du bras de trois palettes avait été pratiquée, en même temps qu'une trentaine de sangsues avaient été appliquées sur l'abdomen, et une amélioration notable avait été le résultat de cette médication. Cependant les malades étaient tombées tout-à-coup dans un état extrême de faiblesse, la convalescence, au lieu d'être franche et rapide, se prolongait. Les organes, interrogés avec le plus grand soin, ne présentaient pourtant rien de particulier; le pouls seulement était resté faible, ondulant et très fréquent. L'une de ces malades ne put résister à l'influence épidémique qui régnait encore, fut de nouveau envahie par le mal et succomba; l'autre fut long-temps souffrante et ne sortit de l'hôpital qu'imparfaitement rétablie. Ces cas n'étaient pas rares où il fallait employer tous les moyens pour soutenir une convalescence toujours douteuse; ce n'était alors que par un traitement tonique bien entendu que l'on parvenait à relever ces organisations terrassées par la maladie et débilitées par les émissions sanguines.

Les émissions sanguines n'en restent pas moins une de nos principales ressources thérapeutiques dans le traitement de la fièvre puerpérale, et ce que nous venons de dire n'a pour but que de montrer avec quel discernement il faut choisir les cas qui les réclament, et avec quelle réserve elles doivent être employées. Même quand la maladie se présentait avec une forme phlegmasique des plus évidentes, M. le professeur Dubois ne recourait à la saignée qu'avec la plus grande défiance; et quelquefois encore, après une saignée de deux ou de trois palettes, on voyait bientôt la scène changer, une faiblesse extrême succéder à l'exaltation des forces; le pouls, auparavant dur et développé, devenir ondulant et dépressible, et enfin se manifestait tout un cortége d'accidents typhoïdes que rien ne pouvait faire présumer. Que serait-il donc arrivé dans ces cas si, au lieu d'agir avec cette prudence, on eût porté la saignée jusqu'à la syncope, comme le voulait Gutch, ou bien à la dose de vingt-quatre onces dès le début de la maladie, ainsi que le faisaient Armstrong et Hey? Si, au contraire, après une première saignée, le pouls restait développé ou se relevait encore, on ouvrait de nouveau la veine, des sangsues en assez grand nombre étaient appliquées sur l'abdomen. En essayant ainsi les forces des malades, prêt à renouveler les émissions sanguines ou à les suspendre suivant les résultats, on obtenait tous les avantages de cette médication sans avoir à craindre les accidents graves que peut entraîner son emploi inconsidéré. Quand la maladie présentait seulement quelques symptômes inflammatoires douteux, ou revêtait, dès le début, une forme typhoïde, on n'employait jamais que des émissions sanguines locales. Vingt à trente sangsues étaient appliquées, dès l'invasion des accidents, dans l'une des fosses iliaques ou dans toutes les deux à la fois, selon que la douleur était plus ou moins limitée, et il était rare que cette application ne fût pas suivie rapidement d'un amendement notable des douleurs. Il fallait bien se garder cependant de tirer, dans tous les cas, un augure trop favorable de cette diminution des souffrances; car souvent coïncidait avec elle un commencement de météorisme, et la maladie continuait à marcher.

On a reproché à ce moyen thérapeutique d'exposer les malades au froid, de soustraire de la circulation une quantité de sang qu'on ne pouvait bien apprécier, et nous avons cherché avec soin quelle valeur on devait accorder à ces deux assertions. Pour appliquer des sangsues dans la région hypogastrique, et depuis qu'elles sont employées pour combattre les douleurs abdominales et non plus pour ramener les lochies, il est rare qu'on les applique ailleurs; il suffit de soulever les couvertures sur le côté du lit, et il n'est pas nécessaire de découvrir entièrement les malades. C'est ainsi que l'on a le soin d'agir le plus ordinairement à l'hôpital des cliniques, et dans les cas mêmes où la négligence des infirmières avait laissé les femmes découvertes, jamais on n'a eu à noter des accidents causés par l'action du froid. Ce n'est pas qu'il soit inutile de prendre des précautions contre cette cause si fréquente de maladies; mais, outre que son influence a peut-être été exagérée, il est facile de l'éviter. Quant à l'autre reproche, il est encore moins fondé que celui-là. Avec un peu d'habitude, on peut très bien apprécier la quantité de sang perdue par la malade; et, de plus, comme cette perte a lieu assez

lentement, on est toujours à même de l'arrêter, suivant l'état du pouls.

Mais nous serons encore obligés de répéter, à propos des sangsues, ce que nous avons dit de la saignée; malgré les résultats heureux qui, dans le plus grand nombre des cas, suivent leur application, il faut apporter une grande réserve dans leur emploi, lorsque la fièvre puerpérale débute avec des symptômes typhoïdes bien prononcés. Quelquefois même on doit renoncer entièrement à ce moyen thérapeutique, qui ne pourrait être que nuisible, et par lui-même, et en empêchant de recourir de suite à un autre mode de traitement.

Cataplasmes. — Bains. — Injections. — Presque toujours, à la suite des émissions sanguines, on employait quelques autres moyens accessoires qu'il faut bien se garder de négliger : ce sont des cataplasmes, des bains, des injections ; mais on doit apporter dans leur emploi des précautions minutieuses si on veut en tirer quelque fruit. Ordinairement, après la chute des sangsues, on appliquait sur le ventre un cataplasme peu épais, très large, de manière à couvrir les parois antérieures et latérales de l'abdomen. Il était changé plusieurs fois le premier jour à cause du sang qui l'imbibait, puis matin et soir seulement les jours suivants. Jamais cette application n'était précédée des frictions mercurielles que Chaussier recommande pour empêcher qu'il ne s'attache à la peau en se desséchant et ne cause ensuite de vives douleurs au moment où il est détaché; les cataplasmes n'étaient pas non plus posés à nu sur l'abdomen, de peur que quelques parcelles de graine de lin, en s'introduisant dans les piqûres des sangsues, ne vinssent à les enflammer, et parce que, à moins d'essuyer durement le ventre, ce qui serait très douloureux, il restait toujours adhérentes à la peau quelques parties aigries du cataplasme qu'on enlevait. Pour remédier à ces inconvénients, M. Dubois faisait recouvrir la graine de lin d'une gaze. Quand les douleurs abdominales étaient encore très vives malgré l'application des sangsues, on arrosait le cataplasme d'une quantité considérable de laudanum; mais si elles étaient assez intenses pour que le poids même des couvertures ne pût être supporté, il fallait renoncer entièrement au cataplasme, que l'on ne remplaçait qu'imparfaitement par des lotions narcotiques.

Les bains généraux, à qui un assez grand nombre de médecins accordent une grande efficacité, n'ont jamais été suivis de résultats bien heureux. Dans deux cas seulement, les malades en ont retiré un soulagement notable; mais, dans tous les autres, elles voyaient augmenter la difficulté qu'elles avaient à respirer, et au bout de huit à dix minutes on était obligé de les reporter dans leur lit. Malgré tout le soin que l'on prenait pour les préserver du froid, pour leur épargner la moindre secousse, il arrivait fréquemment qu'elles se trouvaient prises de frisson, que les douleurs fussent plus fortes au sortir du bain qu'avant. — Quant aux injections que l'on employait dans les cas où les lochies avaient une odeur fétide, où l'on soupçonnait que des caillots, des parties de placenta étaient restés dans la cavité utérine, elles ont été constamment de la plus grande utilité. Mais leur emploi exigeait, pour être efficace, deux précautions très importantes : c'était de porter l'injection jusque dans l'utérus, et de se servir d'un liquide qui, sans être trop chaud, le soit assez pour ne pas déterminer de frisson.

Purgatifs. — Dans aucune des formes de fièvre puerpérale que nous avons décrites, les purgatifs n'ont été employés exclusivement; ils ne venaient qu'après les émissions sanguines, dont ils étaient comme le complément. Aussi étaient-ils plutôt prescrits dans la forme inflammatoire, qui est souvent compliquée d'une constipation opiniâtre, que dans la forme typhoïde, dont un des caractères les plus graves est une diarrhée abondante. Ce n'est point ici le lieu de soulever cette question de savoir si ce dernier symptôme est un effort critique de la nature, si les raisons apportées à l'appui de cette opinion, telles que l'odeur fétide des selles, leur abondance, l'état d'intégrité du tube digestif, sont bien concluantes; mais, quoi qu'il en soit, et en admettant même cette hypothèse, il faut encore apporter une certaine réserve dans l'emploi des purgatifs. Plus d'une fois nous avons observé des diarrhées survenues spontanément ou provoquées dont il était impossible de se rendre maître, et qui, par leur extrême abondance, jetaient rapidement les malades dans un état de faiblesse très grave. M. Baudelocque n'attache pas une grande importance à ces évacuations abondantes et regarde comme un inconvénient bien secondaire l'extrême débilité qu'elles produisent; nous croyons cependant qu'il faut accorder plus d'attention à cet accident, dans une maladie où l'épuisement est quelquefois si prononcé dès le début. Mais généralement l'effet des purgatifs n'était pas porté aussi loin; la diarrhée s'arrêtait d'elle-même au bout d'un ou deux jours, après avoir singulièrement favorisé l'action des émissions sanguines. Quant au purgatif dont on faisait usage, c'était presque constamment l'huile de ricin, dont l'action modérée est pourtant suffisante, car rarement on a été obligé d'y recourir une seconde fois pour obtenir des selles. M. Dubois l'associe à une égale quantité de sirop de limon, précaution qu'il ne faut pas négliger, afin de rendre la potion moins désagréable au goût et d'empêcher qu'une partie ne soit rejetée.

Préparations mercurielles. — Les préparations mercurielles ont été rarement employées, et dans aucun cas elles ne le furent

dès le début de la maladie. Vanden-Zande, qui le premier érigea l'emploi du mercure en une véritable méthode de traitement, lui accorde une action spécifique; M. Velpeau le regarde seulement comme un altérant énergique; mais tous les deux recommandent de le prescrire dès l'invasion du mal, car, pour être efficace, il faut que son action puisse être aussi rapide que la maladie contre laquelle il est dirigé. M. Dubois est loin de reconnaître à ce médicament une efficacité aussi grande, et, ne le regardant que comme une ressource accessoire très infidèle, il ne l'employait qu'à une époque déjà avancée de la maladie, dans le courant de la seconde période. Il le prescrivait alors en frictions sur l'abdomen, les cuisses, les bras, à la dose d'une à deux onces par jour, ne pouvant guère l'administrer à l'intérieur à cause de la diarrhée et des vomissements qui existaient déjà. Malgré le petit nombre de femmes chez lesquelles le mercure fut employé, il en est deux cependant qui manifestement ont dû la vie à cette médication. L'observation de l'une d'elles a été rapportée au commencement de ce mémoire en parlant des causes de la fièvre puerpérale. Dans aucun cas nous n'avons rencontré ces gangrènes de la bouche dont quelques auteurs ont parlé, et, loin d'avoir à constater des lésions aussi graves, nous avons été plutôt frappés du peu d'action de ces frictions mercurielles, quoique portées à une dose si élevée. Le plus souvent elles n'ont produit qu'un léger gonflement des gencives et une salivation peu abondante.

Il ne sera question ici que pour mémoire des émétiques, des toniques, des révulsifs, etc., etc., etc., qui n'ont été employés que très rarement, comme simples ressources accessoires, à des époques avancées de la maladie, et presque jamais d'une manière assez suivie pour que l'on pût apprécier leur valeur.

VOILLEMIER.

IV. De la péritonite avec météorisme.

La péritonite est une des affections le plus à redouter pour les femmes, soit après le travail de l'enfantement, soit dans beaucoup d'autres circonstances; il est donc de la plus haute importance de comparer quelques unes des formes qu'elle peut revêtir, et surtout de distinguer certains symptômes qui apportent de profondes modifications dans le choix des moyens thérapeutiques. Notre but n'est pas de donner une description scrupuleuse et détaillée de la péritonite, mais seulement de nous arrêter sur quelques points de son histoire, et d'établir certaines règles, résultat de longues observations.

Les partisans de la méthode antiphlogistique pure et simple n'ont vu dans tous les cas que l'inflammation du péritoine, sans tenir compte des circonstances individuelles ou épidémiques qui cependant modifient et la maladie en elle-même et les symptômes par lesquels elle se traduit à nous. Ainsi en comparant la péritonite puerpérale à celle qui se développe à la suite d'une lésion traumatique chez un individu en santé, on trouve des différences assez notables, pour qu'il soit nécessaire d'étudier le mode d'action des moyens thérapeutiques employés, et leur plus ou moins de succès; car il y a toujours deux choses à considérer dans toute affection : l'état de la vitalité générale et celui de la vitalité locale; et, en effet, les affections locales ne dénotent dans bien des cas qu'une susceptibilité locale prédominante dans telle ou telle partie, susceptibilité qui, prédominant dans toute autre partie, eût donné naissance à une affection tout autre par le seul fait d'une perturbation générale; dans de nouvelles circonstances, la lésion locale précède cette même perturbation générale, et est, non l'effet, mais la cause de l'état fébrile et de tous les phénomènes généraux dont la gravité peut être portée au point de compromettre la vie. Ainsi l'on aura à considérer si la maladie est spontanée ou traumatique, et ceci s'applique à toutes les maladies, depuis la plus simple et la moins dangereuse jusqu'à ces grands mouvements locaux ou généraux qui détruisent instantanément l'équilibre organique et vital.

Quand on a déterminé la nature de la maladie et son point de départ, il reste encore au médecin une tâche importante à remplir, c'est d'apprécier le degré de vitalité, de résistance vitale de chaque appareil et de chaque organe. Ainsi dans une affection générale, quand il est nécessaire de produire une perturbation ou une révulsion, quand il faut, en un mot, donner à l'organisme un coup de fouet qui le réveille et seconde les efforts de la nature médicatrice, ne doit-on pas, au lieu de se laisser conduire par le hasard, chercher au contraire le point sur lequel il faut agir, interroger chaque appareil, chaque organe et chaque tissu, comparer leurs divers états de résistance, pour s'adresser à celui qui a le plus de vie, et qui ne succombera pas sous un choc quelque léger qu'il soit. Ainsi dans une affection typhoïde ou typhique, alors que le système vasculaire, plongé dans un état de faiblesse, d'inertie, n'a pas en lui les moyens de résistance aux impressions extérieures, quand cette adynamie sanguine se traduit par la rougeur violacée de la peau, ne serait-il pas imprudent d'appliquer une stimulation trop vive à cet organe? La gangrène des vésicatoires et du sacrum vient, *a posteriori*, confirmer ce que la simple théorie eût fait prévoir.

Il est un cas plus grave encore que cet état d'adynamie vasculaire, c'est celui dans lequel on voit se développer des gaz dans une cavité qui n'en contenait pas auparavant. Cette production de gaz annonce une tendance des solides et des fluides à se soustraire aux lois de la vitalité, et à rentrer sous

l'empire des lois physiques, une dissociation des élémens organisés, une disgrégation des particules animales; dans cette circonstance on ne saurait prendre trop de précautions pour soustraire les parties ainsi distendues aux topiques, surtout quand les phénomènes généraux sont d'une gravité proportionnée à l'affection locale : ménager le reste de vie de ces parties, conserver au système capillaire le peu de résistance qu'il possède encore, tel doit être le but où tendront les efforts du praticien. S'il faut agir, on s'adressera loin du siège du mal, on attaquera un autre appareil, un autre organe, et l'on sera peut-être assez heureux pour soustraire l'organe ainsi débilité à une plus grande débilitation, et enfin à la mort.

Ces détails, je les ai jugés nécessaires et indispensables pour la suite des réflexions que j'ai cru devoir exposer sur la péritonite. Et en effet si nous analysons les phénomènes auxquels nous reconnaissons l'existence de l'inflammation du péritoine, nous trouvons un état de souffrance local plus ou moins prononcé joint à une perturbation des grands appareils de l'économie; ainsi la douleur vive, insupportable à la plus légère pression, etc., d'un côté; de l'autre, le pouls serré, vif, l'anxiété générale, quelquefois des vomissemens : le froid général et des phénomènes cholériques, quand l'intensité de la maladie est portée au point d'anéantir pour ainsi dire la vitalité générale, de l'opprimer et d'amener la mort par cette oppression même. L'affection locale doit être attaquée; mais si cette affection est si violente, qu'elle ait agi sur la vitalité spéciale de certains organes, on devra ménager ces organes. Dans la péritonite compliquée de météorisme, la gravité est portée à son summum : le pouls est petit, offre peu de développement et de résistance; mais ne confondons pas cet état du pouls avec celui qui serait l'indice de la faiblesse et de la débilité. Ici, au contraire, l'organisme a en lui les élémens de résistance, et, pour les développer, il ne demande qu'à être débarrassé du poids qui l'opprime et qui l'anéantit; mais la vitalité spéciale, le système capillaire participant de cette fausse débilité, n'est pas assez fort pour commander à toute l'économie, et l'appel qu'on lui fera restera sans réponse : il luttera inutilement et succombera.

Reste donc à examiner l'avantage que l'on peut tirer des saignées générales, dont l'action moins directe en apparence est cependant la seule capable d'amener une modification prompte et favorable. En s'adressant au système des grands vaisseaux, on diminue la masse du sang, on soulève le poids qui fatiguait l'organisme, et non seulement on lui rend la force de réagir, mais encore on facilite l'accomplissement de la fonction locale, de l'inflammation d'une partie qui souffrait de sa souffrance propre et de la souffrance générale, en tant que faisant partie du tout. Mais il faut encore agir avec le plus grand discernement dans l'emploi des émissions sanguines générales. Ainsi, tandis qu'on ouvre la veine et qu'un sang noir commence à couler en bavant et non sous forme de jet, on sent quelquefois le pouls prendre du développement; peu à peu le jet se prononce, et le sang devient de plus en plus rouge. Quelque fois à la fin de la première saignée, dont on proportionne l'abondance, et à l'étendue du jet, et au développement du pouls, et au bien-être du malade, le pouls a acquis de la dureté et de la résistance : une seconde saignée est couenneuse, et dès lors la maladie est rentrée dans la voie ordinaire de toute inflammation, et l'affection locale s'est limitée. Nous avons vu dans le service de M. le professeur Récamier, salle Saint-Lazare, à l'Hôtel-Dieu, des exemples remarquables de l'avantage de cette méthode; des accidents de la plus haute gravité, un danger imminent s'évanouir dans l'espace de quelques heures à la suite de plusieurs émissions sanguines réitérées coup sur coup, et un sang noir asphyxique à la première ouverture de la veine devenir rouge, et se recouvrir d'une couenne de plusieurs lignes à la seconde et à la troisième. Nous allons rapporter plusieurs exemples qui se sont passés sous nos yeux.

Obs. I.—Legrand, âgée de dix-huit ans, lingère, non mariée, forte, brune, chairs assez molles cependant; jouissant d'une bonne santé ordinairement, a eu des règles fort abondantes à la dernière époque. L'écoulement a cessé brusquement il y a huit jours, et cette jeune fille a été prise de douleurs abdominales violentes; elle est restée chez elle se bornant à boire de la tisane. Enfin, elle est entrée à l'Hôtel Dieu le 11 novembre 1839, au matin.

Les douleurs abdominales sont excessivement vives et intolérables; la malade pousse des cris au moindre mouvement qu'on veut lui imprimer; la pression est insupportable, surtout au creux de l'estomac et à l'hypogastre; l'abdomen est tuméfié, mais sans dureté. Hier, vomissements verts; la langue est humide, mais jaune à sa base; constipation depuis trois jours; le pouls n'offre que peu de résistance et bat soixante-quinze fois par minute; l'impulsion du cœur est faible; la face décolorée et crispée par la souffrance; éréthisme nerveux général.

Saignée du bras de douze onces, à réitérer si le sang est couenneux; sinapismes aux jambes; bain de plusieurs heures; douze grains de nitre dans de l'eau pour boisson; cataplasme sur le ventre.

12 novembre. Le sang est très-couenneux, les caillots rétractés et les bords relevés en champignon, et le sérum jaune; les douleurs sont vives, surtout à l'épigastre; cependant la malade est plus tranquille. On renouvelle la prescription, y compris la saignée.

13 novembre. On a voulu pratiquer la saignée, mais une syncope a suspendu l'écoulement du sang. La sensibilité abdominale est moins vive; le pouls a perdu de sa faiblesse et de sa concentration; on se borne à ordonner un lavement et des cataplasmes.

14 et 15 novembre. La malade se dit très-bien, et ne souffre que légèrement; l'appétit reparaît : quelques bouillons.

16 novembre. La convalescence est complète.

18 novembre. Comme il y avait quelques vestiges de douleur, on fait mettre la malade dans un bain.

22 novembre. Cette jeune fille mange la demie. Enfin, se trouvant bien guérie, elle demande à sortir le 26.

Obs II.—Une femme maigre, d'une assez faible constitution, est entrée le 5 novembre au n° 52 *bis* de la salle Saint-Lazare. Elle est accouchée il y a quatre semaines heureusement; les suites coulaient normalement, quand elles se sont tout-à-coup supprimées à la suite d'une imprudence; des douleurs se sont manifestées dans le bas-ventre et la malade est entrée à l'hôpital.

La langue était jaune, très-chargée, la bouche amère; l'abdomen douloureux et légèrement tuméfié, dur, sensible surtout à la pression; pas de résistance dans le pouls ni d'impulsion au cœur; chaleur à la peau; intégrité des autres fonctions: Un grain d'émétique dans trois verres d'eau; cataplasme.

6 et 7 novembre. La malade a vomi, mais les accidents persistent et les douleurs ont augmenté: Soixante sangsues sur l'abdomen; cataplasme.

9 novembre. Les sangsues n'ont produit aucune amélioration; la tuméfaction est croissante; les douleurs très-vives et insupportables à la pression, cependant il y a peu de réaction générale; le pouls bat soixante-dix fois sans dureté ni résistance; l'impulsion du cœur est toujours faible, chose importante à noter. On prescrit néanmoins une saignée de douze onces, des cataplasmes.

10 novembre. Le sang est recouvert d'une couenne très-épaisse, dont les bords sont relevés en champignon: Nouvelle saignée.

11 novembre. La couenne et le retrait sont moins prononcés; le sérum est beaucoup plus abondant; la malade dit se trouver mieux; les douleurs ont diminué et le palper est supportable: Troisième saignée de six onces; sinapismes aux jambes; cataplasme sur le ventre; douze grains de nitre dans la boisson.

12 novembre. La saignée n'a pu être faite; l'amélioration continue, et le ventre se détuméfie. Il y a eu du sommeil cette nuit.

13, 14 et 15 novembre. Le mieux se prononce de jour en jour et l'abdomen se détend et devient moins sensible: On permet quelques soupes.

16 novembre. Petit quart. Convalescence complète.

18 novembre. La malade mange la demie, et le 22 se dit très-bien.

Il y a eu depuis, à diverses reprises, quelques douleurs qui se sont dissipées d'elles-mêmes, et la malade a été complètement guérie après quelque temps de séjour à l'hôpital.

Obs. III.—Une femme âgée de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, tempérament nerveux, sanguin, est prise tout-à-coup de douleurs vives dans le ventre, à la suite d'un refroidissement. Le second jour de la maladie elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, et nous présente les symptômes suivants:

L'abdomen était excessivement douloureux, et la plus légère pression faisait pousser des cris à la malade; il était volumineux, distendu, météorisé; depuis plusieurs jours il y avait de la constipation; la langue était sèche, la soif était vive; le pouls petit, filiforme, sans aucune résistance; l'impulsion du cœur sans force; la peau chaude; la face de la malade était crispée par la violence des douleurs, elle se plaignait sans cesse; l'état était des plus graves: On prescrit une saignée de quelques gouttes de sang avec ordre de tenir un compte sévère de l'état du pouls pendant l'écoulement, et de le laisser continuer si le jet prend de l'étendue. Les premières gouttes de sang coulèrent en bavant, mais peu à peu il se forma un jet continu et le pouls acquit un peu de développement. Le sang rougit à mesure que l'on désemplissait le vaisseau. M. Récamier, qui vit la malade aussitôt après la saignée, en prescrivit une seconde à midi et une troisième le soir. A la seconde le sang se recouvrit d'une couenne très-épaisse en champignon; la troisième offrit le même aspect, cependant le pouls s'était développé, et avait acquis de la force, il battait quatre-vingts fois par minute; les douleurs persistaient avec la même violence.

Deuxième jour. Le lendemain le visage était meilleur, bien cependant que le ventre fût encore très-distendu et douloureux: Quatrième saignée: bain de plusieurs heures ainsi que la veille; calomel; cataplasme sur le ventre; eau vinaigrée pour boisson.

Troisième jour. Légère diminution dans les douleurs; le son abdominal est mat; la pression est supportable; le pouls conserve encore de la force: Cinquième saignée de douze onces. Même prescription que les jours précédents.

Quatrième jour. Le sang continue à se recouvrir d'une couenne, moins épaisse, il est vrai; le retrait du caillot est moins considérable; la malade dit moins souffrir; il y a eu des selles depuis deux jours: Sixième saignée.

Cinquième jour. Le mieux est sensible; l'abdomen est moins volumineux, et inférieurement le palper fait reconnaître une boule, qui ne provient que des adhérences contractées entre plusieurs anses de l'intestin; le pouls a perdu de sa fréquence et de sa résistance.

Les jours suivants l'amélioration se prononce de plus en plus sous l'influence des bains et des cataplasmes laudanisés, et bientôt la malade entre en convalescence. Mais le dévoiement vient entraver cette convalescence, épuise la malade et résiste aux lavements opiacés et à la décoction blanche pour toute boisson: Le magistère de Bismuth apporte un amendement à l'état de la malade. Enfin, après un mois de séjour à l'hôpital, cette femme sort guérie. Le globe abdominal persistait, et il est à présumer qu'il persistera toujours.

Nous aurions pu joindre à ces trois exemples un grand nombre d'autres faits, tous traités de la même manière et sous les yeux de M. Récamier; mais comme ils ne seraient que la répétition de ceux que nous avons exposés, nous ne croyons pas nécessaire de les communiquer. Chez ces trois malades, les symptômes étaient d'une haute gravité, surtout chez la première et la dernière. L'affection locale, par son intensité, avait réagi sur tout l'organisme au point de l'opprimer et de le menacer de la cessation de la vie par la puissance de cette oppression. Croit-on que des applications de sangsues, quelque répétées qu'elles eussent été, auraient suffi pour soulever ce poids qui écrasait l'action vitale? Croit-on que la vitalité des capillaires était encore assez prononcée pour résister à une stimulation ou à une sédation? Quel était l'aspect de ces femmes: les forces luttaient encore, mais étaient sur le point de se laisser anéantir; la circulation des

grands vaisseaux sans énergie ; celle des capillaires très lente, la face violacée, en un mot, l'asphyxie chez l'une était imminente. Il est permis de croire que dans une pareille circonstance les sangsues, loin d'être utiles, n'auraient été qu'insuffisantes pour arrêter la violence de cette inflammation, et qu'elles eussent peut-être même entraîné la mort des capillaires cutanés, en les privant du peu d'énergie qu'ils conservaient encore. Le moyen en outre eût été trop lent eu égard à la violence des accidents et à la perturbation générale. Ce qu'il fallait d'abord attaquer, c'était la forme réactive générale : il fallait s'adresser à un système général pour relever cette vitalité prête à succomber, pour soulever ce poids qui l'étouffait, pour détourner le sang de la fausse route dans laquelle il s'était engagé : et ces moyens généraux n'étaient-ils pas puissants aussi pour limiter la propagation de la maladie locale, et la borner quant à sa violence.

C'est en effet ce que nous avons vu. Dès l'ouverture de la veine, le sang a coulé en bavant, indice certain de l'état de *quasi* asphyxie dans lequel se trouvaient ces malades; puis à mesure que la masse sanguine diminuait, l'on voyait renaître la vie, le sang se colorer, et former un jet continu, le pouls se développer, et bientôt revêtir les caractères propres d'une violente inflammation. Dès lors la réaction générale a été en rapport avec l'état local, et la gravité des phénomènes primitifs a été enlevée pour ainsi dire, puisque cette réaction d'ataxique qu'elle était auparavant est devenue forte, franche et sthénique.

Une autre considération se présente, c'est la distinction à établir entre l'état réellement asphyxique par adynamie vitale et celui que nous avions sous les yeux, et qui se manifestait comme le premier par la faiblesse et la petitesse du pouls. Quand il existe une inflammation violente, cette inflammation peut concentrer dans le lieu qu'elle occupe les forces de l'organisme; dès lors la vitalité générale paraît sous la dépendance de la vitalité locale. Une analyse exacte et scrupuleuse des symptômes de tous les phénomènes est propre à donner la valeur synthétique de l'état pathologique : que si, par exemple, le grand système vasculaire ne répondait pas à l'appel qu'on lui fait, si le sang ne coulait qu'en bavant, qu'il conservât sa couleur noire et le pouls sa petitesse, il faudrait renoncer à ce moyen, parce qu'on s'exposerait à ôter à ce système l'énergie qui lui reste, et on plongerait l'organisme dans une débilité de plus en plus profonde. La maladie est trop avancée : l'affection locale a compromis les forces générales, et s'est, pour ainsi dire, approprié tout ce qu'il y a de vie dans l'individu. On n'oubliera pas que je parle toujours de la péritonite la plus grave, de celle qui s'accompagne du phénomène le plus effrayant, du météorisme; mais quel bienfait espérerait-on retirer en pareille occurence des émissions sanguines locales? Est-il à présumer que des capillaires conservent assez de vie, de puissance réactive pour réveiller l'organisme par leur déplétion lente? Nous avons entendu dire bien des fois à notre illustre maître qu'il avait toujours eu à se louer de l'ouverture de la veine, tandis que les sangsues lui avaient fait défaut bien souvent ; aussi recommande-t-il de s'adresser aux grands vaisseaux et d'épargner les capillaires.

Dans la péritonite qui accompagne le travail n'est-on pas en droit de préconiser la même méthode thérapeutique? Le mal est localisé, il est vrai, dans le péritoine ; mais la femme, à la suite de l'enfantement, n'est-elle pas en proie à une réaction générale, pendant laquelle peuvent surgir un grand nombre d'affections graves? Les organes contenus dans le bassin, après l'opération longue et souvent douloureuse nécessitée pour l'expulsion du fœtus, sont prédisposés à répondre facilement à une perturbation générale; le péritoine qui les recouvre et qui a éprouvé des distensions et des retraits, qui est en contact avec des tissus, dont le mode d'action a été abnomal, que l'on me passe l'expression, le péritoine, dis-je, surtout dans la portion la plus inférieure, a été traumatiquement lésé : si donc il surgit un état réactif qui franchisse certaines limites, on verra se développer ce qui arrive à la suite de tout état général : les organes les plus prédisposés à contracter une affection ressentiront les premiers l'influence générale, et il naîtra une péritonite secondaire, péritonite d'autant plus grave qu'elle se compliquera le plus généralement d'une inflammation des organes génitaux que cette membrane recouvre; mais ici la péritonite ne sera pas franche comme celle qui provient d'un coup ou d'une cause directe, elle sera spontanée ou puerpérale, c'est-à-dire immédiatement liée et sous la dépendance de l'état qui accompagne l'accouchement. De nouvelles modifications, dépendantes de la réaction générale, seront apportées, et dans les symptômes, et dans la marche, et surtout dans le traitement de la maladie; ce n'est plus directement qu'il faut agir sur l'inflammation locale, c'est aux systèmes généraux qu'il faut s'adresser, c'est le système des grands vaisseaux qu'on doit attaquer, car dans cette circonstance, moins que dans toute autre, les saignées capillaires diminueraient l'intensité de la maladie. On ne saurait agir avec trop de circonspection, et bien que notre expérience ne soit pas vieille, nous avons vu dans un très grand nombre de cas, la maladie résister à ces déplétions des petits vaisseaux, poursuivre sa marche, l'état général devenir de plus en plus alarmant, et une fin malheureuse venir clore cette scène.

Quand la malade n'aura pas été épuisée par des pertes de sang considérables, quand la péritonite se déclarera avec violence, il faudra essayer les émissions sanguines gé-

nérales. Si l'on n'obtient qu'un sang noir et coulant en bavant, si le pouls conserve sa dépressibilité, on renoncera promptement à ce moyen.

Un des moyens qui contribue le plus à seconder les effets de la saignée et qui est encore de la plus grande ressource lorsque la phlébotomie n'est plus praticable, c'est le bain prolongé pendant plusieurs heures, trois, quatre, et même davantage, s'il est possible. Les sinapismes, pour opérer une révulsion et réveiller le système nerveux quand il est compromis par l'intensité de la maladie, ne devront pas être négligés. On aura aussi égard aux boissons nitrées et aux purgatifs, quand la constipation sera opiniâtre.

Telles sont les réflexions puisées auprès d'un grand praticien, et que nous nous sommes permis d'exposer, bien incomplétement sans aucun doute ; cependant on n'oubliera pas qu'elles sont le résumé d'une longue pratique, et que le maître qui nous les a communiquées en a fait depuis bien des années le sujet de ses entretiens avec ses élèves, et en renouvelle l'expérience à chaque nouvelle occasion. Nous ne nous sommes pas proposé de faire la description de la péritonite; nous avons voulu seulement faire connaître quelques faits relatifs au traitement d'une affection aussi grave, et établir les différences que l'on peut remarquer dans les résultats qui suivent les émissions sanguines générales ou capillaires.

A. Charmasson de Puylaval, D.-M.-P.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

V. Note sur la contagion de la dothinentérie (Fièvre putride, typhoïde.)

Notre intention ici n'est point de faire un vain étalage d'érudition en mettant en regard les opinions si diverses et si controversées des auteurs sur l'existence de la contagion de la fièvre typhoïde.

Chercher à dévoiler, en nous appuyant sur des théories plus ingénieuses, plus brillantes que solides, les moyens que cette affection met en jeu pour se propager, tel n'est point notre but. Observateur rigoureux, nous nous bornerons seulement à raconter les faits qui, pendant un espace de quatre années, ont été soumis à notre propre observation. Les maladies que nous avons eues à traiter pendant ce laps de temps étaient presque toutes des fièvres typhoïdes, aussi plusieurs points contestés de l'étude de ces sortes de pyrexies ont pu être éclaircis; c'est surtout la contagion, ce point si litigieux, qui a été mis pour nous dans la dernière évidence.

Les grandes cités sont peu propres à l'éclaircissement de cette question, puisqu'il est toujours si facile d'accuser le même foyer d'infection, la même constitution épidémique. Quels lieux, plus que les petites localités, peuvent faciliter ce genre de recherches, permettre de suivre les maladies contagieuses dans leurs migrations?

C'est donc à nous, praticiens obscurs qui exerçons dans les campagnes, qu'il est réservé de rassembler des faits que doit un jour féconder le génie de médecins plus distingués.

Fidèle à notre rôle d'historien, nous allons d'abord rapporter des faits bien capables déjà d'ébranler les convictions les plus arrêtées ; puis nous en raconterons quelques autres d'une vérité si éclatante qu'il nous paraît impossible qu'ils ne convainquent pas les partisans les plus résolus de la non-contagion de la dothinentérie. Il nous a été facile de vérifier les opinions émises par le docteur Gendron dans un mémoire sur *les épidémies des petites localités*, publié, il y a quelques années, dans cet intéressant journal : notre propre observation nous a mis à même d'arriver absolument aux mêmes conclusions.

C'est à Bayeux, petite ville du Calvados où nous pratiquons l'art de guérir, que les premiers cas de fièvres typhoïdes ont été observés, et il était fort rare que nous eussions à traiter un seul malade dans la même maison ; c'étaient toujours les personnes commises à la garde des fiévreux qui s'alitaient successivement.

Obs. I. — Mademoiselle Letast est atteinte d'une fièvre typhoïde; à peine est-elle convalescente que sa mère, qui lui avait donné des soins, ressent elle-même les prodromes du mal, s'alite et succombe. Mademoiselle Julien, sa sœur, qui était venue de Saint-Vigor, près Bayeux, pour la soigner, est prise, après quelques nuits passées près madame Letast, de la dothinentérie; la maladie, des plus graves, se complique d'accès hydrophobiques qui s'opposent à l'ingestion des boissons, et le huitième jour, elle succombe dans les angoisses de la plus affreuse agonie.

Obs. II. — Madame Marcadet est prise de tous les symptômes de la fièvre typhoïde; le dix-septième jour elle entre en convalescence. A cette époque deux de ses filles, qui s'alternaient auprès d'elle pour passer les jours et les nuits, ne tardèrent pas à s'aliter. Cette affection fut chez elles de la plus grande gravité. Une seule donnait des soins à tous ces malades et semblait devoir être comptée parmi les immunités, mais quelques jours après la convalescence des trois autres, des accidents se déclarent, et le cachet typhoïde est facile à reconnaître. Ces quatre malades durent leur guérison à l'emploi des purgatifs.

Obs. III. — L'enfant de M. Mariette est atteint de fièvre typhoïde; la petite fille, qui couchait auprès de son frère, est également prise des mêmes symptômes vers l'époque de la convalescence du petit malade; la domestique commise à la garde de ces deux enfants ne tarde pas à s'aliter; la mère, après dix jours passés près d'eux, est obligée de cesser tout travail, en proie aux symptômes de cette même fièvre; M. Mariette lui-même est forcé de prendre le lit avec le caractère si frappant de la dothinentérie.

Obs. IV. — Barbeville est une commune distante de Bayeux d'environ quatre kilomètres. Le nom-

mé Hervieu, demeurant à Barbeville, vient à Bayeux voir un de ses amis atteint d'une fièvre putride, pour me servir de l'expression du malade; il passe quelques heures auprès de lui. Sept à huit jours s'écoulent pendant lesquels Hervieu se plaint d'un malaise inaccoutumé; il s'alite enfin et envoie nous prier de venir le voir. A notre première visite les accidents qui s'offrent à notre observation nous annoncent l'invasion d'une fièvre typhoïde, maladie qui dura dix-huit jours et faillit le conduire au tombeau. Des voisins viennent lui prodiguer des soins, et notamment le nommé Lepailleur, qui bientôt est forcé de garder le lit en proie à une fièvre typhoïde des plus intenses qui, en quinze jours, lui ravit l'existence. La nommée Hervieu (Eugénie), qui avait donné des soins à Lepailleur, ne tarda pas également à ressentir les premières atteintes du mal, et s'alite; sa mère, son mari, ses trois enfants, qui lui donnaient des soins ou couchaient dans la même chambre, ne tardèrent pas à être pris de tous les symptômes de l'épidémie. Dans ce hameau il n'est pas une maison qui fut préservée de cette fièvre, et chaque famille vit cette maladie envahir ses foyers suivant une rigueur toute mathématique, c'est-à-dire que c'était une personne qui, ayant été commise à la garde d'un fiévreux, emportait l'affection dans une maison. Un grand nombre de personnes fut atteint, et ce ne fut que dans les commencements que nous eûmes à déplorer la perte de trois malades. Cette affection avait cela de particulier que sa durée n'excédait pas le troisième septénaire, et qu'à cette époque une éruption de sudamina apparaissait, présage d'une guérison prochaine. La méthode évacuante fut spécialement mise en usage.

Cette maladie, que les habitans des communes voisines appelaient du nom de maladie de Barbeville, ne resta pas la triste propriété de cette dernière localité; elle se répandit au loin en suivant le même mode de propagation que nous avons indiqué.

Ainsi :

Obs. IV.—Un jeune jardinier, qui était venu passer une nuit auprès d'un malade de Barbeville, revient à Vaucelles, commune voisine. Quelques jours se passent sans qu'il ressente aucun malaise; mais, huit ou dix jours après sa malheureuse visite, la fièvre typhoïde se déclare. Une fille Lecomte, sa fiancée, demeurant à quatre kilomètres de là, à Tour, vient lui donner des soins, et elle ne tarde pas à aller s'aliter avec tous les symptômes de la maladie, et succombe le quarantième jour. Le père, seul gardien de sa fille, ressent lui-même les atteintes du mal; il réclame nos soins, et guérit. Une voisine, madame Lalonde, qui était allée, par pure curiosité, faire une visite à la fille Lecomte, est frappée de la mort de cette dernière; éprouvant du malaise, elle vient à Bayeux nous consulter; nous lui donnons le conseil de retourner chez elle et de s'aliter, lui promettant une visite pour le lendemain. Nous fûmes peu surpris, à notre arrivée, de reconnaître que nous avions affaire à une dothinentérie; des accidents ataxiques se déclarèrent; la malade, tourmentée de l'idée de la mort, annonce sa fin prochaine, et elle succombe le huitième jour de l'affection. La nommée Geneviève passe trois jours près de madame Lalonde; un frisson d'invasion la force de retourner à son domicile; elle nous envoie chercher. Nous ne balançons point à annoncer l'imminence des accidents typhoïdes, qui plus tard se déclarèrent, et auxquels la malade faillit succomber.

Obs. V.—Une femme de Crouoq était allée à Campigny (trois kilomètres de distance) ensevelir une petite fille nommée Jeanne, qui était morte de la dothinentérie; revenue dans ses foyers, elle ne tarda pas à devenir la proie de cette même affection. La nommée Duclos, qui pendant sa maladie était allée lui rendre visite, présente bientôt elle-même tous les symptômes de cette redoutable fièvre. Ce fléau est désormais acquis à cette malheureuse commune; il sévit successivement sur le mari, la mère, la belle-mère, le beau-frère et une pauvre garde-malade. C'était un triste spectacle à voir que ces malheureux entassés dans le même appartement, et objets d'épouvante pour tout le village, où de nombreux cas de fièvre typhoïde ont été observés. La mère de la femme Duclos, travaillée déjà par la maladie, se sent encore la force de retourner chez elle à Vaubadon (huit kilomètres de distance), où elle-même devait bientôt devenir le germe d'une maladie jusqu'alors inconnue dans cette dernière localité; aussi à peine quelques jours se furent-ils écoulés que sa seconde fille, qui n'avait pas quitté Vaubadon, ressent, après quelques nuits passées auprès de sa mère, les premiers symptômes de la fièvre typhoïde. Ces deux cas ne furent pas les seuls qu'on eut à observer dans cette dernière contrée.

Nous pourrions nous arrêter là avec la pensée que ces quelques faits porteront seuls la conviction dans l'esprit des anti-contagionistes; mais nous ne pouvons, nous ne devons pas résister au désir de rapporter deux faits qui prouvent encore d'une manière péremptoire, incontestable, que la fièvre typhoïde est essentiellement contagieuse.

Obs. VI.—Madame Anguet quitte Moslis pour aller donner des soins à sa fille, habitant le village de Commis-sur-Mer, commune distante de huit kilomètres; on la dit atteinte d'une fièvre putride. Pendant trente jours la mère prodigue à sa fille les soins les plus empressés, et lorsque celle-ci est convalescente, madame Anguet revient chez elle. Huit jours s'écoulent pendant lesquels elle ressent du malaise, de l'inappétence, un brisement de membres et une céphalalgie insupportables; mais bientôt la scène change, et des phénomènes typhoïdes se déclarent. Sa seconde fille, qui n'avait point quitté Moslis, passe elle-même trente-six jours auprès de sa mère; mais des prodromes inquiétants se manifestant, nous conseillons le repos et un éméto-cathartique, qui firent justice de ces prodromes. Une femme du village vient remplacer pendant quelques jours la fille auprès de la mère; au bout de cinq à six jours elle ne peut continuer ses soins, s'alite avec tous les symptômes qui signalent l'invasion de la dothinentérie. Notre confrère et ami M. Youf est mandé, et, malgré ses soins éclairés, la malade succombe en peu de jours.

Obs. VII.—Un enfant dont les parents demeuraient à Caen était allé passer quelques jours à Castillon, là où la fièvre typhoïde exerçait ses ravages. A la nouvelle des victimes que cette maladie faisait chaque jour, le père s'empresse d'aller chercher son fils. A peine quelques jours furent-ils écoulés depuis son retour à Caen, que la fièvre typhoïde se déclare. Une jeune domestique, commise à la garde de l'enfant, est elle-même prise de cette fièvre. Les parents, mandés, s'empressent de faire partir leur fille pour Argonchy, commune de l'arrondissement de Bayeux. Le père nous envoie chercher immédiatement. A notre

arrivée, nous ne tardons pas à annoncer la présence de la dothinentérie. Jamais, que nous sachions, nous n'avons vu cette maladie avec un cortége aussi effrayant : les traits sont effilés, les yeux caves et tristes ; la voix presque éteinte, rauque ; la surdité considérable ; le pouls entièrement insensible à l'artère radiale et à la temporale ; les battements du cœur sont à peine perçus par l'oreille la plus attentive ; les vomissements répétés ; les selles innombrables et fétides ; le ventre météorisé. La malade présente les symptômes d'un choléra asiatique, sauf la nature des selles, le météorisme, qui était remarquable, et l'absence des crampes.

De pareils faits, nous en sommes convaincu, parlent assez haut en faveur de la contagion de la fièvre typhoïde. Nous demandons à tous nos confrères qui, comme nous, ont eu à observer ce genre de pyrexie, s'ils ne partagent point sur ce point notre propre opinion. C'est du moins celle des praticiens éclairés avec lesquels nous avons eu à traiter cette terrible maladie, qui ne paraît pas devoir cesser immédiatement ses ravages dans notre arrondissement, et qui doit ultérieurement nous fournir bon nombre d'observations que nous nous empresserons de faire connaître au public médical.

FÉRON,
Docteur-médecin, à Bayeux.

VI. Scarlatine sans exanthème.

Le *journal des Connaissances médico-chirurgicales* du mois d'octobre 1839 renferme un essai sur la scarlatine sans exanthème, par M. le docteur Taupin. L'auteur cherche à prouver qu'il existe un ensemble de symptômes qui doit revêtir le nom de scarlatine, bien qu'on constate l'absence de l'éruption cutanée, et il appuie son opinion sur les témoignages les plus authentiques et les plus décisifs. Si mon autorité pouvait être de quelque poids pour dissiper les doutes des médecins qui rejettent les affections scarlatineuses sans éruption, je pourrais rapporter l'histoire de trois épidémies de scarlatine où les cas de symptômes scarlatineux sans éruption ont été assez fréquents. Mais je crois que cette vérité est surabondamment prouvée aujourd'hui, tant par le nouvel essai de M. le docteur Taupin que par les faits pratiques des médecins qui ont observé des épidémies de scarlatine.

Je ne veux aujourd'hui relever que deux assertions qui sont consignées dans le mémoire de M. le docteur Taupin. La première est celle qui tendrait à prouver que le médecin ne *peut porter un diagnostic certain* sur l'angine scarlatineuse, *s'il n'est pas préalablement averti qu'il existe une épidémie de scarlatine.* Après avoir mentionné les faits consignés par MM. Guersent, Trousseau et Bretonneau, *et observés dans le cours d'épidémies scarlatineuses*, M. le docteur Taupin révoque en doute le fait observé par Dance, *parce qu'il n'est pas fait mention d'épidémie régnante à cette époque, et que dès lors le diagnostic doit rester incertain.*

La seconde assertion est celle qui termine la relation de l'épidémie scarlatineuse qui a attaqué la famille Bissereau. M. le docteur Taupin dit : « Il n'est point douteux que si les deux enfants qui font le sujet des observations 1re et 3e avaient été traités isolément et en l'absence de leurs frère et sœur, *si l'on n'avait pas eu connaissance de l'épidémie de scarlatine qui régnait alors dans leur famille, on n'aurait pu soupçonner la nature scarlatineuse de leur maladie, et on aurait vu là une angine intense, mais simple*, etc., etc. »

Mais M. le docteur Taupin ne fait-il pas, malgré lui, justice de ces deux assertions, en rapportant une observation puisée dans la pratique de M. le docteur Scellier? En effet, c'est d'après un ensemble de symptômes observés sur un enfant de huit ans, et sans être prévenu par aucune circonstance d'infection contagieuse, que M. le docteur Scellier annonce une éruption scarlatineuse. Cependant l'éruption a fait défaut, et M. le docteur Taupin *partage entièrement l'opinion de M. le docteur Scellier.*

Mais est-il donc si difficile de diagnostiquer l'angine scarlatineuse *sine exanthemate*, que l'on doive faire intervenir le doute tant que le malade ne se trouve pas dans un foyer contagieux? Ou bien est-il indispensable que des cas de scarlatine précèdent ou suivent l'observation d'une angine de nature scarlatineuse, pour justifier seulement alors le médecin dans l'énoncé de son diagnostic?

Entre autres observations, je choisirai la suivante : Il y a trois ans, au mois de septembre, le fils de M. G., huissier à la chambre des députés, enfant unique, âgé de six ans, n'allant pas à l'école, et n'ayant eu aucun rapport avec des enfants malades ou convalescents, fut pris d'une fièvre violente, avec vomissements et mal de gorge intense. La langue et les gencives étaient d'un rouge acajou, revêtues d'un enduit muqueux : injection rouge du grand angle de l'œil, chaleur vive à la peau, haleine *sui generis*, etc. Je pronostiquai une scarlatine dont l'éruption était imminente. Bien que tous les symptômes de la veille se fussent maintenus, cependant l'éruption ne parut point les jours suivants. Le père de l'enfant me rappelait mon diagnostic, lorsque la grand'mère, âgée de cinquante ans, et qui passait les nuits près de l'enfant, fut prise, cinq jours après l'enfant, de la scarlatine la plus abondante, suivie d'une desquammation à lambeaux. Trois jours après que la grand'mère était alitée, Mme G., mère de l'enfant, fut atteinte de scarlatine compliquée de symptômes cérébraux très inquiétants. Les trois malades passèrent leur convalescence en commun ; la desquammation fut abondante chez la grand'mère et chez la mère ; cependant

l'enfant n'eut aucune éruption consécutive à son angine.

Si je n'avais pas eu l'exemple de la grand'-mère et de la mère de l'enfant G. pour vérifier la sûreté de mon diagnostic, M. le docteur Taupin serait-il en droit d'attaquer mon diagnostic et de reléguer mon observation avec celle de Dance, *parce qu'il n'est pas fait mention d'épidémie régnant à cette époque, et que* DÈS LORS LE DIAGNOSTIC DOIT RESTER INCERTAIN?

Ici surgit une vérité de médecine pratique, démontrée par l'observation journalière, à savoir, qu'il n'est pas nécessaire qu'une maladie réunisse tous ses élémens pathologiques pour être identique à celle qui les possède tous. La scarlatine, par exemple, pour ne pas m'écarter de mon sujet, la scarlatine *sine exanthemate*, est admise par les monographes des dermatoses, bien qu'ils constatent l'absence de l'éruption cutanée, de l'élément pathologique le plus considérable, le plus important pour justifier logiquement l'admission et la classification de la maladie parmi les dermatoses.

Par application de cette vérité de médecine pratique, on comprend d'emblée comment le médecin anatomo-pathologiste pur se refusera à reconnaître l'identité de deux maladies semblables absolument aux yeux du médecin praticien, parce qu'un élément pathologique sera présent dans l'observation A, absent dans l'observation B. Aussi, pour moi, je ne balance pas à admettre que la fièvre typhoïde est identique, qu'on constate l'absence ou la présence des lésions folliculeuses de l'intestin. Mon observation clinique me défend d'appeler l'une vraie, l'autre simulée, parce que, dans le groupe des symptômes typhoïdes, bien que l'affection folliculeuse de l'intestin soit absente, on n'est pas autorisé à refuser à l'observation des autres symptômes toute leur valeur, de même que l'absence de l'exanthème ne peut enlever aux symptômes de l'angine scarlatineuse le droit de faire classer l'affection parmi les dermatoses.

ROMAIN GÉRARDIN.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

De la spécificité dans les maladies; thèse soutenue au concours pour l'agrégation dans la Faculté de médecine de Montpellier, par G. Dupré.

Que faut-il entendre par ce mot *spécificité?* Reconnaissons-nous maintenant des affections spécifiques? Les anciens ne se servaient de ces mots que dans le langage thérapeutique pour désigner l'action particulière de certains remèdes auxquels ils avaient reconnu des qualités singulières et directement opposées à quelques états morbides qu'ils avaient la faculté de détruire par une action directe, et par leur seule présence dans le système. Ce n'est qu'au seizième siècle que Paracelse fit passer ces expressions dans la pathologie. Il désigne sous le nom de *maladies spécifiques* toutes celles qui peuvent être attribuées à un germe particulier qui se trouve dans le corps vivant.

Cette expression pathologique, que Paracelse avait créée, n'eut pas de retentissement; peu de médecins la connurent ou du moins l'adoptèrent : elle ne tarda donc pas à tomber en désuétude, et le mot *spécifique* ne fut plus employé que dans sa signification primitive, restreinte, et ne s'appliqua qu'aux remèdes connus dans l'antiquité. Il conserva jusqu'à Barthez son emploi thérapeutique; et cependant on ne signala pas encore bien son véritable sens pathologique. Vint l'école de Broussais, dit M. Dupré, qui jeta sur le mot *spécifique* une réprobation presque générale. Hahnemann et Rasori semblent avoir compris seuls avec justesse ce qu'il faut entendre par affections et remèdes spécifiques.

La doctrine tout entière de ces deux médecins, ajoute l'auteur de cette thèse, semble fondée sur ce qu'il y a dans l'économie vivante des dispositions particulières spéciales qui sont directement attaquables et peuvent être directement détruites par l'action de certains remèdes, action qui n'est constatée que d'une manière empirique, c'est-à-dire sans que l'observation puisse apercevoir de relation entre l'effet thérapeutique et le résultat obtenu.

M. Dupré regarde comme possible d'établir sur des bases positives la doctrine de la spécificité et des maladies spécifiques. Il divise son travail en quatre chapitres. Le premier a pour sujet la spécificité des maladies considérées d'une manière générale, la distinction des affections spécifiques d'avec celles qui ne le sont pas, et la notion précise de cet état particulier du système vivant. Dans le second chapitre, il s'occupe des maladies spécifiques, de leur division et de leurs caractères. Le troisième comprend la pathogénie de ces affections, leurs modes de développement et leur marche. Enfin, dans le quatrième et dernier chapitre, il est question du traitement des maladies spécifiques.

Tel est l'ordre que l'auteur suit dans son travail, et il s'efforce de résoudre en chemin les principales questions relatives à cette partie obscure de la pathologie. D'abord disons ce que M. Dupré entend par spécificité et par affections spécifiques.

La spécificité est, suivant lui, un état particulier et pervers du système des forces de la vie, engendré sans but d'utilité pour l'agrégat vivant.

Les affections spécifiques sont celles dont cette perversion de la cause active constitue l'essence.

La plupart des auteurs, dit-il, ont confondu l'état épidémique avec l'état de spécificité. Après avoir admis l'existence des affections spécifiques, M. Dupré suit un sys-

tème de classement et de distinction que nous ne voulons pas adopter, et qui ne nous paraît pas établi sur des bases solides. Selon lui, la pathologie tout entière pourrait être divisée en deux grandes classes : la première comprendrait les affections qu'il nomme *fonctionnelles*, celles qui ont toujours pour but la conservation du système vivant; la seconde renfermerait, au contraire, toutes celles qui sont vicieuses, et dont plusieurs même sont en opposition directe avec les lois conservatrices de ce même système; il les appelle affections *spécifiques*. Ces dernières peuvent être divisées en aiguës et en chroniques; les unes fébriles, les autres apyrétiques. Les affections spécifiques fébriles sont ou continues, ou intermittentes, ou éruptives. Parmi les fièvres continues, il faut placer le typhus, la fièvre jaune et un grand nombre de maladies épidémiques. Dans la classe des affections pyrétiques, dit M. Dupré, il est un genre de fièvres dont les caractères de spécificité sont des plus manifestes; ce sont les fièvres éruptives : dans ce genre se trouvent la peste, la petite vérole, la vaccine, la rougeole, la scarlatine, etc., etc. Le rhumatisme est aussi, selon l'auteur, une maladie spécifique. Il en est de même de l'affection goutteuse.

Quelle sera la thérapeutique des affections spécifiques? M. Dupré nous montre avec raison que, dans ces affections, l'emploi des remèdes spécifiques a besoin de beaucoup de discernement. Il convient de réfléchir sur le pronostic de la maladie et de rester souvent dans l'expectative. Comme les remèdes spécifiques sont toujours des moyens d'une certaine vigueur, ils exigent tous de la prudence, car, s'ils ne sont pas utiles, ils ne tarderont pas à être nuisibles; jamais ils ne sont indifférents. Ainsi donc il est urgent pour le praticien d'en surveiller les effets avec soin. Aujourd'hui que la thérapeutique prend un essor nouveau, nous sommes intéressés plus que jamais à étudier scrupuleusement l'action des remèdes spécifiques.

Nous bornons là notre analyse, et nous félicitons M. Dupré d'avoir éclairci une grave question; seulement nous aurions souhaité qu'il s'aventurât un peu moins dans des voies systématiques.

Mémoire en réponse à cette question : Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites sont-elles susceptibles d'une guérison radicale? par A. Pasquier.

La Société royale de médecine de Toulouse avait proposé cette question : Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites sont-elles susceptibles d'une guérison radicale? Dans l'affirmative, quels sont les meilleurs procédés pour obtenir cette guérison?

Parmi les mémoires qui ont concouru, aucun n'a reçu le prix; trois de ces mémoires ont cependant été distingués : dans ce nombre, celui-ci, que nous allons rapidement analyser, a obtenu la première mention honorable.

Chaque jour voit éclore une nouvelle méthode pour la guérison des hernies; et nous avons encore à déplorer l'insuffisance des moyens proposés. Le charlatanisme surtout s'est emparé de cette partie de la chirurgie, et a dû retarder l'emploi de méthodes plus sages dont l'expérience aurait pu constater l'efficacité; car, il faut le dire, cette question de la cure des hernies est toute pratique; et nous devons avouer avec peine que, jusqu'à présent, aucune des méthodes curatives n'a été sanctionnée à bon droit par l'expérience, l'observation et le temps. Plusieurs ont été proposées et employées avec des apparences de succès contre les hernies réductibles, mais aucune n'a eu des succès assez durables et assez constants pour mériter une confiance entière.

Rien ne semble plus facile au premier abord, dit l'auteur, que d'imaginer le moyen de guérir une hernie réductible. Maintenir la hernie réduite, et obtenir, par une inflammation adhésive, le rapprochement des parois de l'anneau, ou bien le développement d'un tissu obturateur quelconque.

Les principaux moyens opératoires peuvent être divisés en deux classes, savoir : 1° les sutures, excisions et cautérisations, pratiquées dans le but d'obtenir une inflammation adhésive, ou l'oblitération de l'ouverture qui donne passage à la hernie; 2° topiques irritants ou astringents, aidés ou non de la compression, mis en usage pour obtenir le même résultat.

Les anciennes méthodes, telles que la castration, la suture royale, le point doré, doivent être rejetées aujourd'hui comme dangereuses, la péritonite étant bien plus fréquente dans tous ces cas, suivant J. L. Petit, qu'après l'opération de la hernie étranglée.

Les trois procédés de MM. Belmas, Gerdy et Bonnet doivent mériter une attention plus sérieuse. Celui de M. Belmas serait le plus certain, car il oblitère complétement le canal; mais il est compliqué, et il expose plus que les autres à la péritonite. Celui de M. Gerdy est fort simple, mais il ne bouche pas le quart du canal, et ne fait que transformer une hernie inguinale en une hernie interstitielle. Celui de M. Bonnet, plus simple encore, consiste à employer le même procédé que ce praticien avait déjà appliqué au traitement des veines variqueuses. M. Mathias Mayor, de Lausanne, a modifié avec avantage la méthode de M. Bonnet; il a fait la suture avec un fil ciré au lieu de la faire avec des épingles; puis il a pratiqué cette suture dans le sens longitudinal du sac, comme on faisait autrefois par la suture royale, au lieu de le faire transversalement. M. Mayor pense que le chirurgien de Lyon ne doit pas pouvoir comprendre dans sa li-

gature le sac herniaire, mais seulement les téguments et le tissu cellulaire.

Si nous passons aux autres moyens opératoires employés pour la guérison des hernies, nous voyons leur insuffisance et le peu de succès des divers agents thérapeutiques. Les topiques irritants et astringents, aidés ou non de la compression, ont été remis en vogue et soumis à de nouvelles expériences. L'auteur de ce mémoire insiste seulement sur les procédés de MM. Baumon et Malgaigne. Nous allons citer les conclusions de ce dernier chirurgien sur les appareils contentifs, et c'est de son excellent manuel de médecine opératoire que nous les extrayons. Ainsi un examen approfondi de ce sujet a fait voir à M. Malgaigne :

1° Que les trois quarts des hernies sont mal contenues par quelque bandage que ce soit, appliqué à la manière ordinaire ;

2° Qu'en thèse générale, le ressort anglais est de beaucoup préférable au ressort ancien ;

3° Que les pelotes mobiles, dans le plus grand nombre des cas, ont des avantages réels sur les pelotes fixes ;

4° Que, dans la hernie inguinale oblique, la pelote doit appuyer sur le trajet du canal et sur l'orifice interne sans toucher le pubis ;

5° Que, dans les hernies directes, la pelote doit être volumineuse, fixe, et appuyer sur le pubis ;

6° Que les pelotes dures conviennent mieux pour comprimer le canal, les pelotes molles pour les hernies directes ;

7° Qu'il est urgent que les chirurgiens fixent d'une manière spéciale leur attention sur cette branche très importante de l'art, trop long-temps abandonnée aux bandagistes.

Ainsi, nous le voyons d'après les conclusions de M. Malgaigne, les bandages, qui ont subi depuis peu d'importantes améliorations, quoique simples palliatifs, peuvent être considérés comme le secours le plus rationnel que l'on puisse proposer aux malades qui sont atteints de hernies inguinales et crurales susceptibles de réduction. Ce secours, M. Pasquier le regarde aussi comme devant présenter le moins d'inconvénients.

Qu'est-ce que l'inflammation?—Qu'est-ce que la fièvre? par M. Robert Latour

M. Robert Latour déclare que toutes les doctrines ont été jusqu'à ce jour insuffisantes pour expliquer divers problèmes de la science; que les théories n'ont pas été franches, et que, loin de conduire à des inductions philosophiques, elles ont jeté la confusion dans le domaine de la médecine. Nous ne démentirons pas M. Latour : seulement, nous oserons lui demander si, à son tour, il a la prétention de faire école, lui qui vient secouer la poussière des vieilles doctrines et en exhumer une de ces mille théories qu'on enfante dans les rêves d'un premier essor, au sortir des bancs scolastiques. C'est alors qu'on veut les imposer avec instance, et que, sans titres acquis par l'expérience et l'observation, sans guide et sans gouvernail, on s'élance à plein vent dans les champs de la réforme, les yeux fixés sur l'auréole de Sydenham ou de Broussais. D'où nous vient cette présomption, cette tendance à vouloir créer des idées neuves? (Et nous ne remuons le plus souvent, il faut le dire, que de vieilles idées, trop heureux lorsque nous parvenons à les rajeunir.)

Nos prétentions sont-elles légitimes? Pourquoi faire mûrir nos facultés avant le temps, ainsi que des fruits en serre chaude? Cette émancipation intellectuelle trop hâtive pourra bien ne faire surgir que des avortons, des pygmées, qui rendront encore plus incertain l'avenir des sciences, de la littérature et des arts. Ceux même qui avaient en partage les plus belles richesses, les ressorts d'une imagination puissante, ont cédé à l'impulsion commune, et ont ainsi affaibli ce qu'ils avaient reçu par privilége.

Sans doute, il sera curieux, dans vingt ans, d'apprécier quelle aura été l'influence exercée par cette précocité morale. — Mais nous revenons au sujet, et nous prions M. R. Latour de ne voir dans cette digression aucune application défavorable à son travail, qui nous a paru, à certains égards, le fruit d'une conviction intime et le résultat de recherches savantes, qui pourront éclairer l'étiologie obscure de l'inflammation et de la fièvre.

Si la forme de l'ouvrage a pu nous déplaire, c'est qu'il nous a semblé qu'elle était trop ambitieuse; c'est que l'auteur a l'air de se poser en victime, de s'offrir en holocauste à la science. « Ma tâche est accomplie, dit M. R. Latour en terminant sa brochure ; je me demande maintenant quel accueil est réservé à mon livre. J'ai combattu l'école physiologique, et j'en serai repoussé; je me suis élevé contre l'éclectisme, et l'éclectisme me réprouvera ; j'ai condamné le scepticisme contre l'empirisme, et je ne me dissimule rien du dédain que j'ai à en attendre. Mon œuvre, ajoute-t-il, ne s'adresse qu'aux médecins philosophes, peu nombreux aujourd'hui, qui, libres de toute secte, osent prononcer tout haut le mot *théorie*, devenu la terreur des savants de notre époque ; qui comprennent que la théorie n'est autre chose que le rapport des faits entre eux, les conséquences qu'on en doit tirer, ces conséquences elles-mêmes érigées en principes; en un mot, que la théorie, c'est la science. »

Voilà d'étranges conclusions!

M. R. Latour a divisé son travail en deux parties : il étudie dans la première le mécanisme de la calorification. Pour lui, l'inflammation n'est autre chose que l'exagération locale de cette fonction, qui elle-même dépend de l'appareil nerveux ganglionaire ;

et c'est sous l'influence de cette calorification que s'opère la circulation capillaire. Cette doctrine, dit l'auteur, que sanctionnent à la fois l'anatomie comparée et les faits pathologiques, lève dans la science de grandes difficultés ; elle assigne au système nerveux ganglionaire ses véritables fonctions, dont la recherche a, jusqu'à ce jour, été infructueuse ; elle complète la théorie de la calorification, en rendant compte des variations de la température animale qui ne peuvent pas être rapportées à la respiration ; enfin, elle fait connaître quelle espèce de concours prête au cœur le système capillaire par la progression du sang dans les veines. Puis il ajoute : « Le secret de la circulation surpris, le mécanisme de l'inflammation n'est plus un mystère ; c'est dans le système ganglionaire qu'il faut en placer le point de départ ; c'est dans l'excès de la calorification qu'il faut en reconnaître et le principe et l'essence. »

Toutes les autres questions sont aussi facilement tranchées par M. Latour. Le problème de la création ne lui coûterait pas plus à démontrer.

Laissons encore l'auteur de cette brochure nous expliquer les phénomènes essentiels de l'inflammation :

Exaltation de la calorification par suite d'une lésion des nerfs ganglionaires, d'où sa chaleur ; dilatation du sang par excès de calorique et augmentation du calibre des vaisseaux capillaires, d'où la rougeur et la tuméfaction ; enfin, distension des nerfs sensitifs par l'effet de l'engorgement, d'où la douleur ; tels sont les caractères de l'inflammation dans l'ordre de leur développement.

Passons à la seconde partie : Du mécanisme de la fièvre. « Cet état morbide n'est que l'exagération générale de la calorification. » Telle est la définition de M. R. Latour. — Broussais, dans son examen des doctrines, l'avait ainsi définie : « La fièvre n'est jamais que le résultat de l'irritation du cœur, primitive ou sympathique. » M. le professeur Bouillaud, à son tour, rattachant à la circulation sanguine tous les phénomènes de l'inflammation, établit que la fièvre n'est autre chose que l'inflammation ou la simple irritation de l'appareil circulatoire ; qu'elle est à cet appareil, en général, ce qu'est une phlegmasie locale aux capillaires sanguins de l'organe qui en est le théâtre.

Nous ne mentionnerons pas toutes les preuves que M. R. Latour cherche à donner pour démontrer la valeur de sa définition ; nous nous bornerons à dire, en achevant cette analyse, que l'auteur de cette brochure pouvait assurément mieux employer son remarquable talent de discussion, et qu'il est à regretter pour la science qu'un esprit systématique aussi distingué n'ait pas mis son style, plein d'élégance et de chaleur, au service de théories moins erronées.

Revue des journaux français.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Observation de péripneumonie traitée d'abord par les saignées répétées, bientôt compliquée de délire violent et de symptômes nerveux graves, qui cédèrent promptement à l'administration du musc à haute dose ; par M. Thibeault, D.-M. prof. de l'école de médecine de Nantes.

Le malade qui fait le sujet de cette observation intéressante est un jeune soldat, âgé de vingt-trois ans, qui contracta une pneumonie pour être resté exposé au froid pendant plusieurs heures ; ce jeune homme étant robuste, fut saigné sept fois, eut deux applications de sangsues et de vésicatoire sur le côté. Cette médication fut employée pendant les huit premiers jours. Le septième jour le malade fut pris de délire ; le délire continua et semblait n'être pas sous la dépendance d'une méningite ; il paraissait aussi ne pas être en rapport avec les symptômes locaux de la pneumonie qui n'offraient pas une plus grande intensité : M. Thibeault se décida à donner le *musc*, comptant fort peu cependant sur un succès, et regardant le malade comme à peu près sans ressource.

Le malade prit toutes les heures une pilule d'un grain de musc. Dans la journée le délire diminue de violence ; le soir, à six heures, il a cessé entièrement. Ce jeune homme est comme hébété, assoupi ; il a des bâillements fréquents et répond très difficilement aux questions qu'on lui adresse : les sens semblent tous émoussés. Deux jours après, le malade entrait en convalescence.

Du reste, ce n'est pas le seul fait de cette nature qui soit acquis à la science ; M. Récamier, MM. Trousseau et Pidoux, dans leur ouvrage de thérapeutique, citent des observations semblables.

Le *musc* a été regardé par les grands médecins des siècles qui nous ont précédés comme un des plus puissants antispasmodiques. Ils l'administraient beaucoup plus souvent que nous ; ils en abusaient même.

Dans son histoire des épidémies observées à Naples à la fin du dix-huitième siècle, Sarconne cherche à poser avec le plus grand soin les indications du *musc* et des médicaments calmants dans les fièvres graves où prédominent les symptômes nerveux. Lorsqu'à l'excès de sensibilité se joignait une insomnie fatigante et opiniâtre, Sarconne unissait avec avantage l'opium au musc.

D'après la plupart des observateurs, le *musc* ne convient pas dans le principe des maladies inflammatoires, et lorsque, dans celles-ci, il survient des accidents nerveux d'une nature grave, avant de donner le *musc*, il faut d'abord reconnaître si ces désordres

nerveux ne dépendent pas de l'intensité de la phlegmasie ou de quelque complication.

Accidents nerveux accompagnant le début d'une grossesse; susceptibilité remarquable de plusieurs organes; par M. Delamarre, D.-M.

Madame C..., âgée de 28 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, jouissait habituellement d'une bonne santé et d'une menstruation régulière, quoique sujette une ou deux fois par année à une éruption érysipélateuse se prononçant le plus ordinairement à la face ou à la vulve. Mariée depuis sept ans, elle avait eu deux couches remarquables par leur promptitude et leur simplicité.

Vers le milieu du mois de mai, à dix heures du soir, sans cause appréciable, cette dame est atteinte d'un accès de suffocation dont la progression croissante est telle qu'on réclame l'assistance de M. Delamarre.

Il trouve la malade assise sur son lit, la face pâle, la respiration un peu gênée, le pouls serré, peu accéléré : il existe une petite toux sèche et fréquente qui incommode beaucoup la malade. L'auscultation ne fait rien percevoir d'anormal. M. Delamarre prescrit une potion antispasmodique avec l'éther.

A peine quelques heures s'étaient écoulées que les accidents reparaissent avec intensité : la face était rouge, l'œil brillant, la peau fraîche, le pouls serré, petit, concentré, un peu accéléré, les pieds froids ; la toux avait presque complétement cessé.

La malade ne pouvant pas être saignée, on lui fit appliquer trente sangsues aux cuisses; les accidents s'amoindrirent graduellement; mais à mesure que l'oppression diminuait, la toux reparaissait. Enfin, de semblables alternatives d'oppression et de quintes de toux se montrèrent encore à plusieurs reprises et avec une intensité réellement effrayante. On tenta la saignée, et on réussit à calmer les accidents ; on eut recours aux vésicatoires, soit à la jambe, soit sur le thorax ; il se manifesta des érysipèles à la face, des symptômes du côté des voies urinaires, etc., etc. Enfin, ces accès parurent prendre une forme périodique ; on eut recours au sulfate de quinine, mais il ne procura aucun amendement.

Un jour, un accès débuta avec une telle violence que la malade se crut à sa dernière heure; mais bientôt une abondante expulsion de vents par la bouche vint la soulager et faire cesser ses frayeurs. A dater de ce moment, le mieux se prononça et continua jusqu'au 5 septembre, époque à laquelle, sans cause appréciable, elle fit une fausse couche d'un fœtus de trois mois et demi environ, bien conformé, et qui donna quelques signes d'existence. Pendant tout le temps de la grossesse il ne s'était rien présenté de particulier : seulement le ventre avait pris un développement notable, ce qui, au reste, est habituel dans les grossesses de cette dame. Le rétablissement de cette couche prématurée se fit assez promptement.

En terminant, M. Delamarre pose sous forme de questions les faits principaux qui ressortent de l'ensemble de cette observation :

1° Y a-t-il dans la pratique de la médecine des exemples d'accidents nerveux des fonctions de la respiration coïncidant avec le début d'une grossesse ?

2° Ces accidents sont-ils nécessairement l'indice d'une affection quelconque de l'utérus ou du fœtus et de ses annexes? En d'autres termes, sont-ils toujours sympathiques?

3° Doit-on, quand ces accidents sont de nature à compromettre la vie de la femme, provoquer l'avortement, comme l'ont conseillé quelques praticiens?

Observation d'empoisonnement par les baies de morelle noire (solanum nigrum), par M. Pichan-Dufellay.

Le 27 août 1838, trois des enfants du sieur Lesage, demeurant au village de Pileux, près Nantes, sortent pour se livrer à leurs jeux. En rentrant le soir, ils demandent de l'eau pour apaiser une soif vive qui les a déjà forcés à se désaltérer dans un ruisseau : ils boivent et refusent de souper.

Au milieu de la nuit, l'aîné de ces enfants se plaint d'une violente céphalalgie ; il éprouve des vertiges, des nausées et des coliques ; il ne peut aller à la garde-robe ; des vomissements copieux, d'abord de matières glaireuses et alimentaires mal digérées, puis d'un liquide épais de couleur vert-noirâtre, ont lieu. La tête lui tourne, les pupilles sont très dilatées, la face est vultueuse, une sueur abondante inonde son corps ; il demande de l'eau froide pour éteindre la soif qui le dévore ; bientôt la parole cesse d'être libre ; les voies pulmonaires s'engorgent, la respiration devient stertoreuse, une convulsion générale avec extension et raideur tétanique des membres arrive, et le malade expire à deux heures du matin.

Au moment où son frère périssait d'une manière aussi rapide qu'inattendue, le jeune François, âgé de cinq ans, éprouvait les mêmes accidents que ceux que nous venons de décrire. Le médecin fit appliquer des sangsues derrière les oreilles et des sinapismes aux extrémités ; des bains tièdes avec application d'eau froide sur la tête, etc., etc.

Ces accidents épouvantables se prolongent pendant deux jours, et la petite Marie, âgée de trois ans, éprouve les mêmes phénomènes.

La même médication est mise en jeu ; on a de plus recours aux vésicatoires aux jambes, aux frictions avec l'onguent napolitain

derrière les oreilles et sur les parties latérales du cou.

Une telle similitude dans le début et les symptômes des maladies de ces trois enfants excita la surprise des médecins appelés à leur donner des soins; ils remontèrent à la cause d'un pareil accident, et bientôt ils acquirent la conviction que, dans l'après-midi du 27, ces trois enfants avaient mangé des baies de morelle noire.

Le 30 au matin, François ne vomit plus; le coma a beaucoup diminué; il s'agite et pousse encore quelques cris. L'amélioration se soutient jusque sur les deux heures du soir; alors apparaissent des horripilations et du frisson, suivis d'une vive chaleur et de coloration de la face. Cet accès de fièvre dure toute la nuit; on le combat par le sulfate de quinine. Vers le 2 septembre, le mieux commence à se manifester, et on permet quelques cuillerées de bouillon de poulet.

La petite Marie est assoupie, le ventre est météorisé, les vomissements nuls, la peau chaude et suante, le pouls vif et serré (une once d'huile de ricin).

L'huile de ricin procura deux selles liquides d'un vert noirâtre; dès lors le mieux commença un peu à se manifester.

Le 3 septembre commençait la convalescence : un régime très sévère fut recommandé; mais on n'en tint aucun compte, et ces deux enfants périrent tous les deux avec une récrudescence des symptômes qu'ils avaient présentés quelques jours auparavant, c'est-à-dire dans des convulsions tétaniques avec rétraction des membres.

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE, OU RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Observation sur une variété de dysenterie, par M. Gintrac.

Sept observations, dont quatre avec autopsie cadavérique, forment la base de ce mémoire; les trois autres portent sur des sujets qui ont guéri.

Selon M. Gintrac, il est peu de maladies qui aient été aussi fréquemment observées que la dysenterie. Il en est peu sur lesquelles on ait autant écrit. Néanmoins, plusieurs questions majeures sont demeurées indécises. Les caractères anatomiques présentent encore de l'incertitude, et le traitement, dirigé selon des vues théoriques diverses, n'offre pas toujours les garanties de succès qu'on avait lieu d'espérer après tant de recherches et de travaux.

Les anciens regardaient la dysenterie comme le produit d'une ulcération des intestins; cette opinion fut combattue par d'importantes autorités, et la science admit que les érosions et ulcérations de la muqueuse du gros intestin ne se remarquaient en général que dans la dysenterie chronique.

Toutefois, quelques observateurs exacts avaient constaté l'existence d'altérations assez remarquables. Le célèbre anatomiste Hewson vit, en 1762, la muqueuse du gros intestin couverte d'une sorte d'éruption analogue à celle de la variole; ces petits tubercules inégaux, solides, contenaient du mucus. Wollaston fit, à la même époque, des observations analogues. Bartholin parla de tubercules en suppuration trouvés à la surface interne du gros intestin; Fantoni, Morgagni, d'ulcérations plus ou moins étendues; Annesley, Waddel, Twinning, qui avaient observé la dysenterie au Bengale, ont indiqué, comme conséquence de la colite intense et prolongée, les granulations, les ulcérations, et même la perforation des membranes intestinales.

Ces faits épars, à peine mentionnés dans les écrits des maîtres de l'art, ont paru à M. Gintrac se lier à des observations qu'il a lui-même recueillies.

Il existe, dit-il, une forme de dysenterie dans laquelle les follicules de la muqueuse du gros intestin sont essentiellement et profondément altérés. Non seulement cette membrane est alors rouge, épaissie, ramollie, couverte d'un enduit épais, visqueux, etc.; mais encore une multitude, soit de pustules, soit de petites excavations remplies d'un mucus sanglant, circonscrites par des bords circulaires, saillants et rougeâtres, ou réunies, rapprochées, confondues, et formant des ulcérations irrégulières, dénotent la lésion des cryptes ou follicules, leur inflammation, leur dilatation, leur destruction. La surface interne de l'intestin semble criblée, et même l'altération s'étend le plus souvent jusqu'au tissu cellulaire sous-muqueux.

Cet état, assez analogue, par ses caractères anatomiques, à celui que présente la muqueuse de l'intestin grêle dans la dothinentérie ou fièvre typhoïde, a engagé M. Gintrac à donner à la variété de dysenterie qui offre ces caractères le nom de *colite folliculeuse* ou de *dysenterie dothinentérique*. Dans la dyssenterie folliculeuse, il y a absence complète des symptômes généraux, ataxiques et adynamiques, qui forment le cortége à peu près constant de la fièvre typhoïde.

Des faits dont se compose ce travail M. Gintrac déduit les conclusions suivantes :

1° Il est une variété de dysenterie que l'on peut nommer folliculeuse ou dothinentérique, à cause du mode de lésion de la muqueuse du gros intestin, qui la caractérise;

2° Elle a surtout existé en été;

3° Elle a attaqué les deux sexes et n'a épargné aucun âge;

4° Elle n'est pas contagieuse;

5° Sa marche a été celle d'une maladie aiguë;

6° Elle n'a pas présenté l'appareil inflammatoire qui se montre, soit quand il y a

péritonite, soit lorsque la phlegmasie intestinale est plus vive, plus franche ou plus étendue;

7° Elle n'a pas revêtu le caractère ataxique, adynamique ou typhoïde, qui donne le plus souvent à l'inflammation des follicules de Peyer un cachet spécial;

8° Elle ne semble pas, au premier aspect, redoutable; mais elle est très souvent mortelle;

9° Elle résiste aux émissions sanguines et au traitement antiphlogistique. L'extrait gommeux d'opium, uni à l'acétate de plomb, a paru le médicament le plus propre à la combattre avec succès.

Observation d'un empoisonnement par l'extrait alcoolique d'aconit napel, à la dose de cinq grains, par M. Emile Pereyra.

Un piqueur, âgé de 44 ans, d'une forte constitution, était atteint depuis neuf mois d'une affection rhumatismale qui s'était portée sur diverses articulations. Plusieurs moyens ayant été vainement employés pour le soulager, et les genoux étant toujours gonflés, empâtés et le siége de douleurs vives, on soumit ce malade à l'usage de l'extrait alcoolique d'aconit napel. Il en prit d'abord 4 grains par jour; deux le matin, deux le soir, et on poussa la dose jusqu'à 10 grains. Depuis dix jours, M. Pereyra se tenait à cette dose, et le malade était sur le point de quitter l'hôpital, en état parfait de guérison, lorsqu'un matin il fut pris d'accidents très graves.

Le 12 janvier au matin, à cinq heures un quart, après avoir bien dormi et pris, la veille au soir, 5 pilules de l'extrait ancien, le malade prit successivement 5 pilules d'un nouvel extrait. Un quart d'heure après, il ressentit le même effet qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire des frémissements et des élancements dans les muscles des cuisses et des bras. Au lieu de disparaître au bout de quelques minutes, ces mouvements devinrent de plus en plus forts; de véritables convulsions se manifestèrent et durèrent l'espace d'un quart d'heure. Le malade ressentait dans la bouche et dans la gorge une sensation pareille à celle que lui aurait donnée, disait-il, une poignée de poivre. Des vomissements survinrent très peu de temps après les convulsions; vomissements qui ont continué par intervalle, toutes les fois que le malade prenait quelque liquide et jusqu'à ce qu'il ait pris une forte décoction de *huaco*.

Pendant ces convulsions, qui se renouvelèrent à huit reprises, le malade n'y voyait plus, il ne répondait à aucune question, il était tout-à-fait sans connaissance; les convulsions ayant une fois cessé, il répondait juste, exprimait bien ses souffrances; mais sa vue ne se rétablissait que peu à peu et plus tard. Depuis la première convulsion jusqu'à midi, le malade a conservé une douleur fixe à la tête, dont il comparait la sensation à celle d'une barre de fer brûlante qui aurait traversé le crâne d'une tempe à l'autre.

Les convulsions étaient suivies d'une sueur froide; les membres étaient d'un froid glacial, le pouls inégal et lent. L'élève interne s'était contenté de faire administrer une forte décoction de café, qui avait été vomie, et de faire appliquer des sinapismes et des bouteilles d'eau chaude autour des membres.

A dix heures du matin, la face était d'une pâleur extrême, avec une expression de grande anxiété, les yeux très mobiles, les pupilles contractées. Le malade se remue et change souvent de position; il parle vite et beaucoup, se plaint de céphalalgie; la langue est large, blanche, et aussi froide que chez les cholériques; il éprouve un sentiment de chaleur vive dans le pharynx et dans l'œsophage. Il vient de vomir des matières muqueuses; la respiration est haute, à vingt-cinq par minute; le pouls est à cinquante-cinq, mais inégal; assez gros, mais très mou; à la partie postérieure de sa poitrine, on perçoit, par l'auscultation, un râle muqueux assez fort à grosses bulles. La pointe du cœur reste deux ou trois fois de suite sans battre contre les parois thoraciques, c'est-à-dire que l'on perçoit trois battements du pouls pendant qu'on n'entend qu'une fois le mouvement de la pointe. Cependant, on trouve les mouvements de contraction du ventricule gauche isochrones avec les battements du pouls; l'oreillette droite semble être dans un mouvement convulsif continuel : ce sont des battements bien distincts, se succédant avec rapidité et sans concordance ni alternation avec les mouvements du ventricule gauche.

Les membres sont d'un froid glacial; il n'y a eu aucune évacuation alvine. M. Pereyra prescrivit alors la continuation des applications chaudes, des frictions avec la teinture de cantharides sur le rachis et sur la région précordiale; une forte infusion de huaco (plante dont il s'était servi avec avantage dans la période algide du choléra, et à laquelle il avait reconnu une action stimulante spéciale sur les contractions du cœur), et une potion de six onces, contenant deux gros d'ammoniaque liquide, à prendre par petites cuillerées.

Le soir, à 7 heures, la réaction était complète; il n'y avait eu, depuis que le malade avait pris le huaco, aucun vomissement; il avait pris la moitié de la potion. La peau était chaude partout; la langue l'était aussi; les couleurs du malade étaient revenues. Il se sentait très bien; le pouls a 70 pulsations, plein, égal; respiration bonne partout; mouvements du cœur parfaits, normaux. M. Pereyra fit cesser la médication stimulante et prescrivit de la limonade. Le lendemain, le malade ne se plaignait que

d'un peu de fatigue dans les membres. Le 15 février, il était parfaitement bien ; ses douleurs rhumatismales avaient entièrement disparu.

Deux autres malades furent pris des mêmes accidents, et l'un d'eux succomba au bout de trois heures.

Maintenant, quelle a été la cause de ces accidents ?

M. Pereyra l'attribue à la circonstance suivante : Ce médecin se servait depuis fort long-temps d'extrait alcoolique du suc de la plante fraîche. La provision qui existait à l'hôpital étant épuisée, les sœurs en demandèrent à leur pharmacien, qui ignorait complétement la manière dont avait été préparé l'extrait précédemment employé, et qui fit un extrait avec des feuilles parfaitement séchées.

Observations et remarques sur le mérycisme (rumination), par M. Gintrac.

I. Parmi les anomalies diverses dont nos fonctions sont susceptibles, l'une des plus singulières est l'espèce de rumination ou mérycisme qu'offrent quelques hommes, à l'instar des mammifères, dont l'estomac est multiple.

II. Ce phénomène avait complétement échappé aux anciens; Fabrice d'Aquapendente est le premier qui en ait fait mention.

III. Le mérycisme est quelquefois un véritable état maladif; c'est le symptôme d'une altération grave des voies digestives. Daniel Ludwig, J.-P. Frank et M. Roubieu en ont cité quelques exemples.

D'autres fois, le mérycisme ne porte pas un cachet aussi évidemment pathologique ; il semble appartenir plutôt à une idiosynerasie physiologique, et ne constituer qu'une modification particulière de la digestion stomacale, ou tout au plus une simple névrose ou ataxie fonctionnelle.

IV. L'habitude de la rumination a été vue à des époques très diverses de la vie. C'est surtout dans la première enfance qu'elle a été contractée.

V. Sur vingt-deux observations de mérycisme que M. Gintrac a comparées, vingt appartenaient au sexe masculin.

VI. Les individus qui en faisaient le sujet tenaient à diverses classes de la société. On trouve parmi eux des paysans, des ouvriers, des hommes favorisés de la fortune, des prêtres, des médecins.

VII. Les personnes disposées à la rumination ont paru en général faibles.

VIII. L'hérédité paraît n'avoir pas toujours été étrangère à la production du mérycisme. L'imitation a probablement eu plus de part, dans cette hérédité, que les dispositions organiques. L'enfant est essentiellement imitateur : il observe et copie; il conserve facilement la trace profonde, heureuse ou déplorable, des premières impressions qui l'ont ému.

IX. Les causes véritables du mérycisme doivent bien plutôt être rapportées aux circonstances suivantes :

1° Une tendance à ingérer dans l'estomac une grande quantité d'aliments : cet appétit pressant, cette voracité, a été observée chez la plupart des individus qui ruminaient; 2° Une mastication rapide et imparfaite : les mérycoles divisent à peine les aliments qui traversent leur bouche; 3° L'usage d'aliments peu digestibles : il est probable, en effet, que le besoin d'une deuxième mastication devra se faire sentir, si les substances ingérées ont résisté à l'action des dents, ou ne cèdent qu'avec peine à la puissance digestive de l'estomac; 4° Des pressions répétées sur l'épigastre, immédiatement après le repas; 5° Une modification spéciale de la vitalité de l'estomac; 6° L'influence de l'habitude.

X. Ce phénomène se manifeste ordinairement un quart d'heure, une demi-heure, une heure et même deux heures après le repas. Il dure une heure et demie, deux heures, quatre ou cinq heures et quelquefois davantage.

XI. Voici les circonstances principales qu'il présente :

1° Le mérycole éprouve dans l'épigastre un sentiment de plénitude et de gêne; 2° il fait de légères inspirations; le diaphragme s'abaisse, les muscles abdominaux se contractent, l'estomac est comprimé ; 3° cet organe se resserre, réagit sur les substances qu'il renferme, et les repousse vers le cardia; 4° des portions d'aliments pénètrent dans l'œsophage, l'individu éprouve comme un besoin d'éructation, le cou se gonfle un peu, le larynx s'abaisse; 5° les aliments s'arrêtent quelques instants dans le pharynx, et arrivent dans la bouche ; 6° leur saveur ne paraît pas altérée ; leur présence produit une sensation agréable, quelquefois même plus agréable dans cette seconde dégustation qu'à leur première entrée dans les voies digestives : tous cependant ne produisent pas la même impression; quelques-uns reviennent aigres, le lait surtout; d'autres s'imprègnent de bile et sont amers; 7° une deuxième mastication s'exerce sur ces aliments, qui ne tardent pas à être avalés de nouveau, puis d'autres gorgées viennent remplacer les premières ; 8° chez quelques mérycoles, tous ces mouvements s'exécutent avec tant de modération, de lenteur et de calme, que les assistants ne les distinguent pas ; 9° les actes dont se compose le mérycisme n'exercent aucune influence générale apparente sur l'organisme ; 10° la rumination est, jusqu'à un certain point, soumise à l'influence de la volonté ; elle peut être retardée, modérée, empêchée même ; mais quelquefois le mérycole qui, volontairement, empêche la rumination, éprouve à l'épigastre une sensation très douloureuse ; 11° une préoccupation morale, l'exercice soutenu

de la parole, enrayent ce phénomène, qui recommence ensuite; 12° le sommeil l'interrompt aussi et trouble souvent entièrement la digestion, s'il a lieu avant que la rumination se soit opérée; 13° le mérycisme cesse pendant l'état de maladie.

XII. Les mérycoles ont en général paru jouir d'une bonne santé ; leurs forces n'étaient pas diminuées. Leur vie est peut-être un peu plus courte que celle des autres hommes.

XIII. On doit essayer de combattre et de faire disparaître cette anomalie des fonctions digestives, en assignant au mérycole un régime régulier, en ne lui permettant qu'une petite quantité d'aliments à la fois, aliments qui seront d'une facile digestion, et qu'il soumettra à une première et complète mastication.

Le plus grand effort consiste à prévenir la première régurgitation. Si la volonté est impuissante et que la regurgitation ait lieu, il faut prescrire d'avaler sur-le-champ les aliments, dès qu'ils sont remontés dans la bouche.

Les amers peuvent être utiles en augmentant la puissance digestive de l'estomac.

Les moyens propres à favoriser la liberté du ventre ne doivent pas être négligés.

On a vu une impression vive sur l'organisme avoir les plus heureux résultats.

BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

Considérations sur l'urètre, suivies de la description d'un URÉTROMÈTRE et d'une SONDE PORTE-CAUSTIQUE destinée à vider la vessie, etc., par J.-J. Cazenave.

A. *De l'urètre.* — L'urètre est à la fois le canal excréteur de l'urine et du sperme chez l'homme, et s'étend du col de la vessie au méat urinaire, en passant au dessus de l'extrémité inférieure du rectum, au dessous de la symphise du pubis, derrière les corps caverneux et le gland. Selon les anatomistes, ce canal serait divisé en trois portions: M. Amussat veut qu'on en admette une quatrième, qu'il appelle *bulbeuse*.

B. *Longueur de l'urètre.* — Les dissidences qui ont régné et qui règnent encore parmi les auteurs sur la longueur du canal de l'urètre ont suggéré à M. Cazenave l'heureuse idée de résoudre ce problème en question. Il a mesuré des urètres sur le vivant, ayant depuis quatre pouces de long seulement jusqu'à onze pouces et demi : il a, du reste, rencontré tous les termes moyens entre ces deux extrêmes. Une remarque qui n'est pas sans intérêt et qui doit nécessairement trouver sa place ici, c'est la suivante : « Les hommes qui ont souffert beaucoup et long-temps de rétentions d'urines ont généralement le pénis très court. »

Voici actuellement la description des instruments dont se sert M. Cazenave : « J'ai fait construire, dit-il, une bougie pleine en argent, courbée comme les sondes ordinaires, cylindrique, ayant onze pouces de long, trois lignes de diamètre, et flexible à son extrémité vésicale par une articulation ginglymoïdale dont on redresse ou on recourbe la portion coudée, ayant six lignes, à l'aide d'une vis.

« J'introduis dans le canal et je pousse jusqu'à la vessie l'*urétromètre* que je viens de décrire, absolument de la même manière qu'une algalie ordinaire. Quand j'ai la certitude d'être arrivé dans la poche urinaire, je tourne la vis pour rabattre la portion coudée de la bougie, et retire à moi l'instrument, qui est forcément arrêté par le col de la vessie. Je mets au niveau du gland le curseur dont l'urétromètre est pourvu, en ayant la précaution de laisser le pénis entièrement libre. L'espace compris alors entre le curseur et l'articulation ginglymoïdale de l'instrument représente la longueur invariable de l'urètre. »

Quand la vessie n'est pas habituellement vide, que son col se contracte, oppose une résistance normale à l'introduction de la sonde, et qu'il faut à la fois mesurer la longueur précise de l'urètre et vider la vessie avant de cautériser son col et la portion prostatique du canal, dans les inflammations chroniques du col de la vessie, dans les blennorrhagies invétérées, dans les pertes séminales involontaires, etc., M. Cazenave se sert d'un instrument qu'il appelle *sonde porte-caustique*. Cet instrument est en argent; il a la courbure et la longueur des sondes ordinaires, trois ou quatre lignes de diamètre, et est divisé dans toute sa longueur par une cloison médiane, séparant deux espaces libres et inégaux; l'un plus petit, ayant un œil tout près du bec de cette sonde, du côté concave, et l'autre plus grand, renfermant un porte-caustique ordinaire ayant une curette de forte dimension, qui est supportée, soit par une tige flexible façonnée en spirale, soit par un mandrin dont la partie correspondante à la courbure de l'instrument consiste en une chaîne articulée. Afin que le nitrate d'argent ne soit pas dissous par l'urine lorsque la sonde pénètre dans la vessie, on lute l'extrémité du tube avec de la cire purifiée; de plus, on recouvre le nitrate d'argent d'une légère couche de cire qui se fondra dès que cet azotate sera mis en rapport avec les muqueuses.

Avec cet instrument, on fait trois opérations en un seul temps : on mesure la longueur de l'urètre, on vide la vessie et on cautérise soit le col de cet organe, soit sa portion prostatique, soit l'une et l'autre partie en même temps. A ces avantages, M. Cazenave en ajoute d'autres qui ne sont pas moins précieux, et qui consistent en ce qu'on évite la réitération des douleurs et du violent spasme urétral que la plupart des mala-

des éprouvent pour être sondés d'abord, cautérisés ensuite.

Ce travail est terminé par un résumé des diverses opinions émises par les auteurs sur le diamètre ou calibre de l'urètre.

Du seigle ergoté dans la métrorrhagie.

M. B. C. ayant été à même de constater l'heureuse influence du seigle ergoté dans les hémorrhagies utérines, soit avant, soit après la parturition, s'est décidé à publier les résultats des faits qu'il a observés; et, contrairement à l'opinion émise par quelques auteurs, il a été à même de constater assez fréquemment que l'ergot de seigle n'est point un abortif; au contraire, dans la première observation qui est rapportée par l'auteur de ce travail, on voit que, loin de provoquer l'avortement, le seigle ergoté l'a prévenu. Selon M. B. C., ce fait ne lui semble pas avoir été en sens inverse de l'action de l'ergot sur la matrice; il a tonifié cet organe, qui s'est contracté sur le produit de la conception. La portion du placenta décollée, et qui était la source de l'hémorrhagie, a adhéré de nouveau au fond de la matrice au moyen d'une cicatrice prompte, mais solide; le sang a été étanché et le travail de l'avortement entièrement suspendu.

Une des propriétés les plus importantes dont jouisse l'ergot est sans contredit celle d'arrêter les hémorrhagies utérines puerpérales ou non.

Dans la leucorrhée, Buzzoni a administré l'ergot de seigle sur huit malades : sept furent guéries, et celle qui ne le fut pas avait une affection organique de l'utérus.

Le docteur Elliot, de Stockholm, l'a employé avec avantage chez plusieurs individus atteints d'hémorrhagies utérines, de menstruation abondante, de leucorrhée, d'hémoptysies, d'hémorrhagies par le canal nasal : jamais le docteur Elliot n'a remarqué son influence nuisible sur l'économie.

Le docteur Enriotti, médecin à Biella, en Piémont, donne le seigle ergoté dans l'aménorrhée causée et entretenue par la faiblesse de l'utérus.

L'auteur termine en disant que M. Chailly propose ce médicament pour hâter l'avortement lorsqu'il est devenu tout-à-fait indispensable, tandis que lui suppose qu'il peut arrêter dans son principe un travail abortif. Bien que les effets soient diamétralement opposés, l'action de l'ergot sur la matrice reste la même; tout gît dans les contractions qu'il amène, et dans l'état actuel où se trouve l'organe gestateur, qui se trouve modifié de manière à produire tel ou tel phénomène.

Des causes de la mortalité qu'on observe dans les hospices d'obstétricie consacrés aux filles-mères, d'après la statistique de l'Hôtel-Dieu et de la Charité de Lyon.

Ces causes peuvent se réduire à six chefs:

1° Une fille, se voyant enceinte, encourt la disgrace de sa famille, est frappée du mépris public et perd ses moyens d'existence. Elle tombe dans la plus profonde misère au moment où des soins empressés lui seraient si nécessaires. Aussi, rien n'est-il épargné pour échapper à l'horreur d'une telle position, et la moitié de la grossesse est ordinairement employée à en arrêter la marche par l'usage intérieur des drogues les plus irritantes ou par des manœuvres exercées sur l'utérus lui-même.

2° Une autre pratique très familière aux filles enceintes, et qui paraît exercer la plus fâcheuse influence sur les suites des couches, c'est la compression du ventre; plusieurs l'exercent d'une manière si énergique qu'elles parviennent à dérober jusqu'au dernier moment la connaissance de leur état aux personnes avec lesquelles elles vivent.

3° La plupart des filles enceintes ne viennent à l'hôpital qu'après un, deux ou même trois jours de souffrances. Si l'accouchement eût été naturel, elles se seraient délivrées chez elles, avec l'aide d'une sage-femme, ou simplement par le secours d'une voisine; mais le travail se prolongeant outre mesure par l'effet d'un obstacle, ou bien un accident survenant subitement, on s'empresse de les transporter à l'hôpital, heureuses encore si des manœuvres intempestives n'ont pas été tentées.

4° Les filles primipares de trente à quarante ans sont fort nombreuses; outre les difficultés physiques qui en résultent pour la sortie de l'enfant, le sentiment de leur faute se grave plus profondément dans leur cœur que chez celles qui n'ont pas dépassé leur première jeunesse. Ces vieilles filles ont habituellement une position toute faite : leur bonne conduite soutenue, *du moins en apparence*, leur avait fait des protecteurs et des amis : la considération qui s'attache à des mœurs pures était devenue pour elles une habitude et un besoin; elles tombent dans un désespoir profond en songeant que, par une première et tardive faute, elles ont détruit une opinion qui était leur soutien, leur seule consolation dans les malheurs de leur existence.

5° La péritonite et la métro-péritonite épidémiques sont très communes dans les salles de filles-mères. L'influence morale ne saurait être mise en doute sur la production de ces phlegmasies.

6° Beaucoup d'entre elles, après une vie toute de misère et de privations, sont parvenues à la dernière période d'une maladie

mortelle, comme la phthisie pulmonaire; elles n'ont pas même assez de force pour conserver leur enfant jusqu'au neuvième mois; elles accouchent au septième. Epuisées par les douleurs du travail, elles tombent dans un collapsus profond et s'éteignent en quelques heures, ou, au plus tard, un ou deux jours après leur délivrance.

Revue des journaux étrangers.

De quelques états pathologiques qui simulent l'inflammation, par William Brown.

Un des cas les plus communs parmi ceux qui ressemblent à l'inflammation, et qui cependant demande un tout autre traitement qu'elle, c'est, selon l'auteur, l'*engelure*. On y trouve, comme dans la définition de l'inflammation, rougeur, gonflement, douleur et sensation de chaleur exagérée. C'est cependant par les stimulants et les anodins qu'on les guérit.

Il place en seconde ligne le *rhumatisme chronique*, en troisième la *pleurodinie*, qu'il regarde comme quelquefois assez difficile à distinguer de la pleurésie. La présence ou l'absence des symptômes fébriles lui paraissent un des meilleurs moyens de les distinguer l'une de l'autre. Nous ne les voyons point tenir compte de l'auscultation ni de la percussion.

Il a à peu près la même chose à dire du *rhumatisme des muscles abdominaux*. Cette affection est, du reste, assez rare. On conçoit qu'il y ait dans ce cas quelque difficulté à établir le diagnostic à cause de l'identité de plusieurs des symptômes. Mais on ne trouvera jamais dans le rhumatisme la face grippée ni le pouls fréquent, petit et filant de la péritonite.

L'auteur s'appesantit sur les *céphalalgies* provenant de surcharges stomacales. Il recommande comme traitement un émétique, un purgatif, un stimulant aromatique ou, ce qu'il y a de mieux encore, un jeûne proportionné à l'orgie précédente.

Il attribue aussi à de mauvaises digestions la migraine, cette cruelle céphalalgie fichée comme un clou dans un coin de la tête. Il recommande contre elle une nourriture fort régulière, les purgatifs et le sulfate de quinine, sans doute si elle a quelque chose d'intermittent.

C'est surtout sur la *grippe épidémique* que l'auteur insiste comme sur une affection simulant au plus haut degré les symptômes de l'inflammation et guérissant cependant très bien sans émissions sanguines. Le pouls est dur et fréquent, la peau chaude et sèche, la céphalalgie intense, et cependant, en laissant tranquillement marcher la nature, on obtient ordinairement au bout de trois jours une sueur abondante qui juge favorablement la maladie. Voilà au moins la terminaison des neuf dixièmes des cas que l'auteur a observés à Edimbourg en 1833 et en 1837.

La *fièvre continue*, qui bien souvent ne laisse après elle aucune trace de lésion de structure après la mort, paraît à l'auteur différer très probablement de l'inflammation. Nous ne savons quelle est l'autorité du docteur Brown dans sa localité; mais sans approuver ni improuver sa proposition, nous aurions désiré qu'il fût entré à ce sujet dans quelques explications.

(*Edinburgh medical and surgical Journal.*)

Paraplégie consécutive à une affection des ligaments de la moelle épinière, par C. Aston Key.

La paraplégie est habituellement attribuée à une affection de la moelle épinière, mais assez rarement à la compression que peut exercer sur elle la colonne vertébrale raccourcie par suite d'une maladie des os. Il s'agit ici de deux cas où la maladie avait primitivement son siége dans les ligaments eux-mêmes.

Dans le premier cas, le sujet, âgé de quarante-huit ans, fut amené à l'hôpital de Guy le 21 octobre 1835 pour un rétrécissement de l'urètre et une fistule urinaire s'ouvrant au périnée. Le 10 novembre suivant, il fut pris de délire et de fièvre; ces symptômes cédèrent un peu aux sinapismes, à l'opium et à l'ammoniaque. Le 28, il perdit le mouvement de la jambe droite; il se plaignit de douleurs violentes à travers les lombes, surtout du côté gauche. Dans la seconde semaine de novembre, il perdit encore le mouvement dans la jambe gauche. Le 25, il fut pris de diarrhée et autres symptômes colliquatifs et mourut le 3 janvier.

A l'autopsie, on trouva une grande partie de la muqueuse du colon détruite par l'ulcération. Sur le rein droit, il y avait une cellule formée par le péritoine et contenant des matières féculentes en rapport avec le colon. Le rectum présentait aussi plusieurs points d'ulcération près de son ouverture anale. Dans un des reins, il y avait quelques points d'ulcération. Dans la substance du muscle psoas (on ne dit point de quel côté), on trouva un vaste abcès s'étendant depuis l'origine du muscle jusqu'à l'articulation de la hanche, dont les cartilages étaient en partie détruits. Il n'y avait point de vertèbres cariées; mais le corps des vertèbres lombaires était recouvert de proéminences osseuses irrégulières, et la substance intervertébrale faisait plus de saillie que de coutume. Le ligament vertébral antérieur au niveau des seconde et troisième vertèbres s'était durci et épaissi au point d'occuper à lui seul un tiers du canal rachidien, de sorte qu'il en

résultait une compression considérable dans la moelle.

Le sujet de la seconde observation, âgé de quarante ans, après douze mois de faiblesse toujours croissante dans les jambes, fut pris tout-à-coup d'impossibilité de retenir ses excréments, tandis qu'au contraire il ne pouvait vider sa vessie que goutte à goutte. Il lui survint en même temps des vertiges au moindre mouvement. Il n'éprouvait aucune douleur dans le dos par la pression; ses bras étaient libres; son appétit était bon; mais le sens vénérien avait cessé chez lui. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, il ne fut plus maître de retenir ses urines, qui coulaient mélangées avec des matières purulentes fétides. Il périt un mois après.

A l'autopsie, on trouva la vessie et les uretères recouverts de couches fibrineuses parsemées d'ulcérations et baignées d'une sécrétion sanguine et purulente. A la douzième vertèbre dorsale, l'os et la substance intervertébrale, d'un côté, s'étaient prolongés dans le canal comme s'ils eussent voulu gagner une semblable excroissance osseuse et fibreuse qui venait à leur rencontre du côté opposé. Ils faisaient ainsi une saillie qui rétrécissait encore considérablement le canal vertébral. La moelle cependant paraissait saine.

L'auteur assure avoir observé bien d'autres fois des cas semblables, et il n'hésite pas à penser que nombre de paraplégies permanentes ou passagères reconnaissent cette cause.

(*Guy's Hospital Reporter.*)

Asphyxie produite par le gaz hydrogène carburé. Cas rapporté par T.-P. Teale.

Une forte odeur de gaz s'était fait sentir dans une chambre à coucher et dans un cabinet occupés par une vieille dame et sa petite-fille. Le soir même quelqu'un étant entré dans le cabinet avec une chandelle allumée, il s'ensuivit une explosion. Un employé de l'administration du gaz assura les deux dames qu'elles pouvaient passer la nuit chez elles sans crainte, vu qu'on ne constatait plus aucun échappement de gaz. Le lendemain, les voisins, effrayés de n'entendre aucun mouvement de la part des deux dames, et surtout de l'odeur pénétrante du gaz qui allait toujours en croissant, enfoncèrent les portes et trouvèrent ces deux personnes mortes. La plus âgée était froide et raide; la jeune était encore chaude, mais sans aucun signe de vie.

A l'autopsie, on trouva chez cette dernière, âgée de vingt-deux ans, tous les tissus pâles, décolorés, ainsi que le cœur, l'estomac, les intestins et le mésentère. Le sang était très fluide; les poumons étaient moins crépitants que dans les infiltrations séreuses ordinaires; la muqueuse bronchique était rougie : celle de l'estomac était épaissie, opaque, se décollant aisément; les petits intestins étaient injectés en rouge et ecchymosés par place.

L'autopsie de la vieille dame, âgée de soixante-neuf ans, offrit à peu près les mêmes lésions. Elle offrait en plus de la sérosité très abondante à la surface du cerveau, tandis que les ventricules latéraux étaient vides. On trouva, en outre, dans les intestins un gaz composé d'acide carbonique, d'hydrogène carburé et de nitrogène.

Cette observation démontre que le gaz éclairant, tout en agissant moins rapidement que l'acide carbonique, est beaucoup plus dangereux qu'on ne le pense communément.

(*Idem.*)

Emploi de la narcotine comme succédané de la quinine.

Cette dernière substance étant excessivement chère dans les Indes, on a tenté de lui substituer le muriate de narcotine en trois doses d'un grain. Il paraît que, au bout de deux à quatre doses, elle a, dans certains cas, guéri des fièvres qui avaient résisté à la quinine, à l'arsenic, au cæsalpinia bonducella, etc.

On pense bien que, au début, la narcotine ne peut manquer d'avoir, ainsi que tous les succédanés, les propriétés de l'agent qu'elle remplace, et de bien plus merveilleuses encore. Ainsi donnée dans la rémission, elle est anti-périodique. A une dose plus élevée, elle est calmante, sudorifique, sans cesser d'être anti-périodique. Elle n'accélère pas le pouls; elle n'exalte pas la sensibilité nerveuse; elle s'associe volontiers avec les autres médicaments; elle ne constipe pas; elle ne donne point de vertiges, de maux de tête, ne trouble point la digestion ni l'équilibre des organes ni des fonctions, et ne donne lieu à aucune sécrétion morbide. A tous ces défauts qu'elle n'a pas, ajoutez encore l'avantage d'activer les sécrétions, d'exciter le système capillaire sans déprimer les forces, bien plus en les soutenant. Enfin elle peut très bien s'administrer par la méthode endermique.

Voilà les éloges que lui prodigue un de ses ardents clients et admirateurs praticiens à Calcutta.

(*Quarterly Journal of the Calcutta medical and physical Society.*)

Observation d'un bras sans os.

M. Brown, actuellement âgé de trente-six ans, se fractura l'humérus vers sa région moyenne, étant alors à l'âge de dix-huit ans. La réunion n'était pas encore complète, lorsque le malade fit une seconde chute qui

renouvela la fracture précisément au même point. La réunion dès lors ne tendit plus à s'opérer; et loin de là, au grand étonnement du chirurgien, les deux bouts de l'os commencèrent à se raccourcir et à diminuer également de grosseur. La résorption de l'os continua de s'opérer graduellement jusqu'à ce que la totalité de l'os eût disparu, et cela sans ulcère et sans plaie. Voilà plusieurs années que M. Brown est dans cet état, et il est probable qu'il restera ainsi toute sa vie. Il présente le singulier spectacle d'un bras long et d'un bras court. Ordinairement, celui-ci, qui est le droit, se balance de côté et d'autre comme une corde qui porte un poids à son extrémité; l'avant-bras et la main de ce côté sont donc comme une espèce de pendule oscillant dès que le corps est en mouvement. Il ne peut rien pousser devant lui avec ce mauvais membre; mais il peut traîner un paquet tout aussi lourd qu'auparavant, et alors ses muscles s'allongent de manière à rendre au bras sa longueur primitive. Dans le repos, il se raccourcit de six pouces. Les parties molles sont si peu résistantes qu'il peut enrouler sa main autour de son bras.

(*Boston medical and surgical Journal.*)

Du croup, par le D. Hennemann.

Le professeur Hegewisch a publié un travail où il s'efforce de prouver que les vomitifs sont l'unique mais infaillible moyen de guérir le croup.

Le docteur Hennemann, du Mecklenbourg-Schwerin, qui commente l'ouvrage de l'auteur, dit s'en être très bien trouvé. Il recommande d'administrer coup sur coup le vomitif suivant, dont la formule a été donnée par Albert de Bremen, à Ludwigslust :

Camphre,	25 milligrammes.
Tartre stibié,	5-10 centigrammes.
Kermès minéral,	75 centigrammes.
Vin d'ipéca,	2 grammes.
Mucilage de gomme,	8 grammes.
Sirop de guimauve,	25 grammes.
Eau distillée,	60 grammes.

Une cuillerée à café de cette potion à prendre à dix, vingt ou trente minutes d'intervalle; boire entre deux de l'eau sucrée tiède ou un mélange de lait ou d'eau.

(*Revue mensuelle de médecine ophthalmique et de chirurgie*, publiée par d'Ammon.)

Utilité du peroxide de fer hydraté contre l'arsenite de cuivre (vert de Schéele), par le D. Spaeth, d'Esslingen.

Un enfant de trois ans, fils d'un peintre, écha une coquille enduite de vert de Schéele. Au bout d'une demi-heure, il pâlit; sa figure se décomposa; sa bouche et sa langue, teintes en vert, trahissaient le poison. Il éprouva bientôt de violents vomissements, de la diarrhée et des douleurs dans le bas-ventre. Il avait une soif ardente. On prescrivit 15 grammes de peroxide de fer hydraté, à prendre en quatre doses, dans de l'eau chaude. Une demi-heure après, les vomissements, la diarrhée, les coliques et la soif avaient cessé, et le lendemain, tous les symptômes avaient disparu.

(*Medicinisches correspondenz-blatt.*)

Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, par le D. Flamm de Wasschau.

Une femme enceinte de quatre mois ayant fait un faux pas, éprouva tour à tour les accidents les plus formidables; impossibilité d'uriner et d'aller à la selle, fièvre urineuse, anasarque et symptômes graves du côté des organes respiratoires. Au bout d'un mois de souffrances, elle s'adressa à l'auteur, qui, après avoir reconnu la rétroversion, rétablit l'utérus dans sa position naturelle. Mais la femme avorta le lendemain, et mourut le jour suivant. On ne trouva, à l'autopsie, aucun vestige d'inflammation dans les organes de la génération ni dans ceux circonvoisins. Le bassin était plus ample qu'à l'ordinaire. Cette femme avait d'ailleurs accouché sept fois sans aucun accident.

(*Journal de Hufeland*, continué par Ozann.)

Cure radicale, sans brayer, d'une hernie inguinale réductible, par le D. Imerio Ferrari, de Crémone.

Jean Gondolfi, âgé de 9 ans, portait une hernie volumineuse et réductible à l'aine gauche, mais qui ne pouvait être maintenue à cause de la très grande dilatation de l'anneau. Entré à l'hôpital de Crémone dans les premiers jours de janvier 1838, il fut couché sur le dos, et garda cette situation, incliné autant que possible à l'opposite de la hernie, pendant un mois. La hernie perdit sensiblement de son volume, et put être maintenue réduite avec un bandage. Cet heureux résultat inspira au docteur Ferrari l'idée de pratiquer la suture suivant la méthode de l'habile praticien Mayor, de Lausanne.

Le malade, tenu couché en supination sur le bord de son lit, et la rentrée totale des parties herniées bien constatée par le toucher, on fit à la peau un pli transverval d'un doigt de hauteur; on y passa, en commençant à la base, trois lignes au-dessus de l'anneau, une ligature de six fils cirés, et

une seconde à la distance d'un quart de pouce. Les fils de chaque ligature, écartés, furent noués, tant d'un côté que de l'autre, sur de petits cylindres de sparadrap agglutinatif. L'opération terminée, on plaça, contre les côtés de la double suture, des couches de charpie, et par-dessus deux compresses, que l'on soutint avec un bandage en huit de chiffre. Point de douleurs le premier et le second jour. L'appareil ne s'humecta point et ne fut pas dérangé. Le troisième jour, l'opéré se plaignit de souffrir un peu à l'endroit de la plaie, qui, après la levée de l'appareil, se montra humide et œdémateuse. Le pansement se fit avec des plumasseaux enduits de digestif simple, des compresses et une bande circulaire. Le soir, quelques frissons, suivis de chaleur et de rougeur à la face, pouls vibrant et fréquent, insomnie la plus grande partie de la nuit, paroles sans suite et douleur à l'aine gauche.

Le quatrième jour au matin, l'intensité de la fièvre et la tension douloureuse de la plaie engagèrent à couper les fils. Alors, la plaie se tuméfia et devint érysipélateuse. On la couvrit d'un plumasseau de digestif, et on la tint comprimée au moyen de deux compresses graduées. Depuis cette époque, les fonctions vitales, que la résistance organique avait un peu troublées, revinrent à l'état normal.

Le quatorzième jour, cicatrisation complète, sans qu'on eût eu besoin de recourir à aucune émission sanguine. On permit à l'enfant de faire quelques pas dans la salle, moyennant un bandage de futaine, qu'on supprima au bout de huit jours, la hernie ne reparaissant plus dans la station ni par des éclats de toux.

(*Annali universali d'Omodei.*)

Angine de poitrine, par le D. Antonio Gallardi.

Prevosti, cordonnier, âgé d'environ 40 ans, tempérament plutôt nerveux que sanguin, bien constitué, adonné à la boisson, entra à l'hôpital le 21 mai 1834. Depuis quelque temps, il éprouvait, en travaillant, une difficulté de respirer qui allait jusqu'à la défaillance, et son bras gauche perdait de sa force. Deux jours avant d'entrer à l'hôpital, en revenant chez lui par un vent froid, après avoir bu son petit verre d'eau-de-vie, il sentit au cœur une vive douleur, qui s'étendit à l'épaule et au bras gauches, qui le fit chanceler et le priva momentanément de l'usage des sens internes et externes. Pareils accidents lui étaient advenus d'autres fois, et il fallut le saigner chez lui pour le tirer d'une syncope très inquiétante. Le lendemain de la dernière syncope, il n'y paraissait plus, et Prevosti travailla comme de coutume.

A la première visite, aspect d'un homme glacé d'effroi, face grippée, supination obligée, respiration incomplète, sans la contraction des muscles auxiliaires grands et petits pectoraux, scalènes et sterno-cléido-mastoïdiens.

Cet état était accompagné de quelques symptômes d'hypocondrie, tels que constriction à la gorge, émission de gaz par haut et par bas avec soulagement, sensation de la présence d'un ver qui rampait dans le ventre, en remontant vers le gosier, urine limpide; le malade entrait dans les détails les plus minutieux sur toutes ses souffrances. Cessation et récidive de ces crises à des époques indéterminées. Tantôt dyspnée, tantôt orthopnée, pouls dur et petit sans intermittence, douleurs se propageant au coude et au carpe du côté gauche; les crises prenaient de plus en plus de l'intensité.

(Anti-phlogistiques, contre-stimulants, tels que la digitale unie au nitre et au calomélas; phlébotomies répétées jusqu'à quatre fois en un jour, vésicatoires à la poitrine et au bras.)

Le 31, le cordonnier se trouva mieux, après une abondante évacuation de matières alvines et d'urine. Le soir, il s'endormit et reposa tranquillement jusqu'à deux heures du matin. A son réveil, il demanda à boire, et ensuite, pendant qu'il conversait avec l'infirmier, il tomba en syncope et mourut tout d'un coup.

Autopsie. — Rupture de l'artère coronaire droite dans l'étendue de deux lignes, avec renversement des bords, épanchement de sang dans le péricarde: cœur d'un volume triple.

(*Annali d'Omodei.*)

De la fièvre métastatatique et de son traitement, par le D. Louis Pistoriai.

Un homme de 37 ans, bien constitué, avait une orchite de cause externe, stationnaire depuis long-temps, lorsqu'il reçut un second coup sur l'organe, qui, par suite, en exigea l'ablation. Quinze jours après cette demi-castration, la plaie allant de mieux en mieux, l'opéré fit un écart de régime, ou éprouva une affection triste : car, le dix-septième jour, il fut pris d'un frisson avec tremblement des membres et claquement de dents pendant trois heures; suivit une chaleur universelle avec délire, qui dura quatre heures. L'accès se termine par une sueur abondante. Il n'y eut point d'intermission complète; loin de là, l'impression fut si forte que le malade parut avoir la face hippocratique. Le docteur italien ne parle pas de l'urine.

D'un autre côté, la plaie, qui, avant l'accès, était en bonne suppuration, devint tout-à-coup sèche et livide, donna un ichor fétide, noirâtre et du plus mauvais caractère. On

s'empressa de faire prendre une once de quinquina, présumant une fièvre intermittente pernicieuse. Le spécifique échoua, et le blessé succomba le troisième jour, au troisième accès de la fièvre métastatique.

Autopsie. — Injection de quelques veines cérébrales et quelques taches sanguines au foie.

L'auteur du mémoire attribue la mort à la résorption du pus, produite par un écart de régime, ou une affection morale, et peut-être par ces deux causes.

Il paraît avoir espéré que cette fièvre de résorption serait de même nature que la fièvre intermittente pernicieuse, puisqu'il a administré le quinquina. Et en effet, il avait vu trois périodes marquées de frisson violent, de chaleur et de sueur. Mais l'échec complet éprouvé par le quinquina dans cette circonstance nous montre assez la différence essentielle de nature qui existe entre cette fièvre métastatique et la fièvre pernicieuse. La médication est en effet la pierre de touche qui fait connaître la nature d'une maladie : *Naturam morborum ostendit curatio.* Différents éléments peuvent manquer à un accès de fièvre intermittente pernicieuse : ce qui la caractérise essentiellement, ce qui la spécifie, c'est de céder au quinquina convenablement administré.

Modifications à la canule de Dupuytren pour la fistule lacrymale, par le D. L. Duval.

« Ne me proposant pas de faire ici l'histoire complète de la fistule lacrymale, et voulant seulement indiquer quelques modifications que je me propose d'apporter à la canule de Dupuytren, je n'entrerai dans aucun détail, soit sur l'étiologie, soit sur les symptômes qui caractérisent cette affection.

« On peut, je pense, réduire à quatre le nombre des diverses méthodes curatives de la fistule lacrymale. Diversement modifiées, soit en raison de l'âge, de l'idiosyncrasie des malades, des lieux, des connaissances anatomiques ultérieurement acquises, des idées de l'opérateur, etc., etc., chacune de ces méthodes peut avoir été altérée dans son essence primitive, mais n'en doit pas moins, je le répète, être rapportée à une méthode type : méthodes premières, qu'encore une fois nous jugeons devoir être rapportées à quatre.

« 1. *La perforation de l'os unguis*, méthode renouvelée des anciens, est attribuée à Woolhouse, qui, le premier, imagina et conçut la possibilité d'ouvrir une route artificielle aux larmes, et fut proposée par cet auteur comme le moyen unique auquel on dût constamment recourir, quelle que fût la cause occasionnelle de la maladie. Cette méthode, modifiée plus ou moins heureusement par Monro, Pott, Hunter, Richter, Scarpa, etc., est généralement abandonnée par tous les praticiens, excepté dans les cas d'exostose, et même M. Demours cite, dans son ouvrage, plusieurs observations de guérison obtenue simplement par les injections. (Méthode d'Anel.)

« Dans le cercle des méthodes qui ont pour but d'ouvrir une voie artificielle aux larmes, nous croyons devoir mentionner la perforation de l'os maxillaire, proposée dans ces derniers temps par M. Laugier.

« 2. *La désobstruction du canal nasal par les injections et le cathétérisme par les points lacrymaux*, fut long-temps adoptée d'une manière exclusive. A cette méthode se rapportent, comme perfectionnement, le séton et l'usage des stylets métalliques. Appuyée de l'autorité respectable de Desault, qui la recommande avec l'énergie d'une profonde conviction, elle est encore conseillée par Demours, qui y joint quelques moyens adjuvants, tels que les fumigations ou les sternutatoires.

« Laforêt (1639), voulant éviter la lésion des points lacrymaux, si souvent compromis dans la méthode d'Anel, essaya de désobstruer le canal nasal par sa partie inférieure (c'est cette idée, rapprochée de la méthode de Ducamp pour remédier aux rétrécissements de l'urètre, que MM. Gensoul et Ratier ont voulu ressusciter dans ces derniers temps). Quoi qu'il en soit, l'introduction des instruments, algalie, cathéter, sonde, peu importe, sera d'autant plus difficile que l'extrémité inférieure du canal nasal s'éloignera davantage de l'enveloppe osseuse que lui forment les os unguis et maxillaire. L'étroitesse du cornet inférieur, disposition anormale que présentent certains individus, peut également rendre cette introduction impraticable.

« 3. Comme troisième méthode, nous citerons *l'emploi des anti-phlogistiques*, d'un résultat si heureux entre les mains de M. Lisfranc. Saignées de bras, purgatifs légers, applications répétées, de trois jours en trois jours, alternativement, de vingt à trente sangsues aux tempes et sur les apophyses mastoïdes, cataplasmes émollients, fumigations de même nature, dirigées vers les fosses nasales, etc., etc. ; telle est, réduite à sa plus simple expression, la méthode de ce praticien, durant la période aiguë. Aussitôt que la maladie tend à passer à l'état chronique, il combine alors les résolutifs et les révulsifs. Ainsi, comme moyens excitants, il fait appliquer aux tempes de quatre à six sangsues, de deux jours en deux jours, ensuite des vésicatoires derrière les oreilles,

et il termine par des injections de chlorure de soude.

« Cette méthode, que nous eussions mieux dû lier, en suivant l'ordre chronologique, aux noms d'Avicenne, de Pott ou de Louis (Mémoires de l'académie de chirurgie), que de la rapporter au nom de M. Lisfranc, était en somme connue et mise en pratique, depuis long-temps, en France et en Angleterre.

« Dans la seconde période, je conseille, comme lieu d'élection, pour faire appliquer les sangsues, la tumeur elle-même, et quelquefois la cloison du nez : je joins également à ce traitement, que j'ai depuis long-temps adopté, les frictions sèches ou faites avec quantité suffisante d'onguent mercuriel double, sur la région du sac ; la pommade de Janin sur le bord libre des paupières, et les fumigations résolutives.

« Considérant l'inflammation des voies lacrymales comme l'expression d'une maladie interne, comme une forme particulière de scrofules, d'arthritis ou de rhumatisme, et non comme une inflammation catarrhale simple, je joins toujours à la méthode dont j'ai fait choix (soit les anti-phlogistiques, soit la canule de Dupuytren) un traitement approprié à la diathèse que je soupçonne avoir déterminé la maladie.

« 4. *Addition momentanée d'un canal artificiel.*— Cette méthode, dont l'idée originale appartient à Foubert, porte le nom de Dupuytren. Brillante, prompte et d'une exécution très facile, elle n'est pas absolument exempte d'inconvénients. L'ascension trop prompte de la canule ou sa chute prématurée ne sont pas les seuls défauts qu'on pourrait lui reprocher.

« L'inconvénient majeur et réellement capital, selon nous, provient de l'oscillation de la canule, après un laps de temps quelquefois très court, conséquemment, bien avant que le canal nasal ait repris ses dimensions ordinaires d'une manière durable.

« Cette canule, parfaitement retenue fixe et immobile par le gonflement des parties, ne tarde pas, en effet, à vaciller et à se déranger, lorsque la constriction des parties vient à cesser.

« En recouvrant de gomme élastique les canules métalliques de Dupuytren, qu'on peut diminuer d'épaisseur sans en rétrécir le calibre, nous pensons qu'on pourrait obvier à ce désavantage et éviter cet inconvénient. La gomme élastique, se trouvant maintenue dans un milieu chaud et humide, tarderait peu à se dilater et conserverait entièrement ses rapports avec les parois du canal nasal.

« Une modification non moins importante, je pense, à apporter dans la confection des canules, consiste à diminuer la longueur de celles même déjà réduites. Employées d'abord de neuf à dix lignes (Dupuytren), elles furent plus tard recommandées de sept à huit lignes (M. Malgaigne). Les canules de cette longueur dépassent encore incontestablement l'orifice inférieur du canal nasal ; et admettant leur fixité, leur immobilité, que nous nions ; admettant qu'elles ne puissent jamais aller s'appuyer sur le plancher des fosses nasales, par conséquent s'obstruer aussitôt; qu'elles ne puissent même perforer la voûte palatine, etc., etc., accidents graves et qui ne sont pas sans exemples, elles auraient encore le résultat indubitable et constant de permettre l'écoulement des larmes d'une manière continue.

« Le cours des larmes, au contraire, dans l'appareil lacrymal, jouissant de son intégrité physiologique, se fait par une série de mouvements intermittents, parfaitement isochrones aux mouvements d'inspiration et d'expiration, c'est-à-dire que, retenues, pendant l'inspiration, par le développement d'une valvule, qui se trouve placée à la paroi externe du canal nasal, au dessous du cornet inférieur, elles s'écoulent lors de son abaissement, qui a lieu sous l'influence de l'expiration.

« Ainsi, ces canules ont pour effet, je le répète, de paraylser, d'annihiler, dans ses mouvements, cette valvule, et de déplacer simplement l'ouverture fistuleuse.

« Les canules que mon père emploie depuis long-temps, et que j'ai adoptées, n'excèdent jamais la longueur de cinq à six lignes. Il pourrait arriver que l'obstruction du canal fût placée au dessous de l'extrémité inférieure de la canule que je propose; mais l'obstacle au passage des larmes se trouvant dans un rayon très rapproché de sa sphère d'activité, cèderait bientôt à la force incessante que lui opposerait ce corps dilatant.

Ne voulant pas dépasser les limites que je me suis posées en commençant, je terminerai là ce rapide aperçu d'une modification que je voulais simplement indiquer, sans en discuter la valeur.

(*Jornal da sociedade das sciencias medicas de Lisboa.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 14 janvier.)

Recherches expérimentales sur les fonctions de la moelle épinière.

M. Dupré lit un mémoire sur les fonctions de la moelle épinière chez les grenouilles.

Il s'est proposé, dans ce travail : 1° de déterminer le rapport d'action des cordons de la moelle épinière; 2° d'étudier le mode d'épuisement de l'influx nerveux dans cet organe, et les nerfs émergents chez une grenouille, succombant à une lésion traumatique, ou à l'action d'un agent toxique tel que la strychnine par exemple.

Les expériences qu'il a faites pour déterminer le rapport d'action des cordons médullaires entre eux lui ont montré :

Que les supérieurs (postérieurs chez l'homme), exclusivement sensibles, ne transmettaient pas directement aux inférieurs leur influx excitateur;

Que les seuls conducteurs de cette action étaient les filets de sensibilité, émanés de la portion supérieure de la moelle, se réfléchissant en partie sur les nerfs moteurs, et regagnant la face inférieure de cet organe par un trajet rétrograde.

Si l'on examine ensuite quelle influence exerce sur son congénère chaque cordon de la moelle considéré isolément, on voit que cette influence est directe; ainsi l'irritation produite sur un point quelconque d'un cordon gauche se propage non seulement dans tous les autres points de son étendue, mais encore dans tous ceux de son congénère; il en est de même si on opère sur le faisceau droit, au lieu d'agir sur le gauche.

Passant à la deuxième question qu'il s'est proposé de résoudre, M. Dupré dit : que lorsque la mort est l'effet d'une cause traumatique, le fluide nerveux s'épuise dans la moelle de l'extrémité céphalique vers l'extrémité pelviennne, et disparaît des cordons supérieurs plutôt que des inférieurs. Dans les nerfs, l'épuisement du fluide excitateur se propage du centre à la périphérie.

L'animal succombe-t-il à l'action toxique de la strychnine, l'excitabilité de la moelle disparaît en sens inverse ; elle s'éteint alors graduellement de l'extrémité pelvienne vers l'extrémité céphalique; les nerfs des membres abdominaux ne sont plus susceptibles de stimulation, lorsque les nerfs des membres thoraciques peuvent encore être excités.

Lithotritie urétrale précédée de la ponction de la vessie par le rectum.

M. Ségalas fait un rapport sur une opération de lithotritie urétrale, pratiquée par M. Levrat aîné, médecin à Lyon, sur un enfant âgé de six ans, atteint de rétention d'urine. Comme les accidents étaient urgents, on commença par ponctionner la vessie par le rectum; on dilata ensuite l'urètre avec une corde à boyau, et le calcul fut brisé dans le canal; les morceaux furent extraits en partie, ou sortirent seuls : l'enfant a recouvré toute sa santé.

M. Levrat a plusieurs fois pratiqué avec succès l'opération de la ponction vésicale.

M. Ségalas conclut en demandant à l'Académie : 1° que des remercîments soient adressés à l'auteur; 2° qu'on l'inscrive sur la liste qui devra fournir les membres correspondants.

(Adopté).

—

(Séance du 21 janvier.)

Recherches sur la structure de la couche corticale du cerveau.

M. Blandin fait un rapport sur un mémoire de M. Baillarger ayant pour titre : *Recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau.*

Voici les principales conclusions de ce travail :

1° La substance corticale des circonvolutions du cerveau est formée de six couches alternativement grises et blanches en allant de dedans en dehors. En examinant une lame mince de substance grise entre deux verres, ces six couches apparaissent alternativement transparentes et opaques.

2° les deux couches qui existent dans l'épaisseur de la substance grise corticale sont formées par deux rangées de fibres verticales.

3° Il existe dans la couche corticale du cerveau des mammifères inférieurs un second ordre de fibres transversales croisant les premières à angle droit.

4° La couche corticale existe et peut être démontrée dans le cerveau du fœtus.

5° La première ne sécrète pas la substance cérébrale par couches successives, comme l'ont admis Reil, Tiedman et Desmoulins.

6° La stratification de la surface du cerveau des mammifères ne se retrouve plus dans les lobes cérébraux des oiseaux, des reptiles et des poissons; elle existe, au contraire, dans les lobes optiques.

7° La superposition de six couches alternativement grises et blanches, dans la substance corticale, rappelle l'idée d'une pile galvanique.

(Séance du 4 février.)

Emploi de l'alun dans les maladies cancéreuses, par M. Jacquot.

M. Récamier fait un rapport verbal sur un mémoire adressé à l'Académie sous ce titre.

M. le rapporteur établit, dans une discussion, que, dans la plupart des observations rapportées dans ce travail, l'auteur n'a pas assez bien précisé le diagnostic pour qu'on puisse affirmer qu'il s'agissait en effet de cancer utérin. Les expériences comparatives auxquelles M. Récamier s'est livré lui ont fait voir que le sulfate d'alumine pouvait jusqu'à un certain point modifier la sécrétion, en diminuer l'odeur, sans rien faire à la maladie elle-même ; cela s'applique aux cancers de l'utérus et à ceux du sein. Il est remarquable que la dyspepsie, qui existait dans le plus grand nombre des cas, s'est trouvée fort avantageusement modifiée par le médicament.

Lactate de fer.

M. Bouillaud fait un rapport sur un travail de MM. Gélis et Conté, ayant pour objet l'emploi du lactate de fer dans la chlorose. Ce médicament, d'une préparation facile, donné en pastilles diversement aromatisées, forme à laquelle les auteurs se sont surtout arrêtés, a l'avantage d'être facilement dissous et absorbé dans l'estomac.

M. Bouillaud a expérimenté ce médicament sur vingt-un malades; la dose a été portée à 6, 8, 10, 12, 15 parties (de 5 centigrammes chacune) en vingt quatre heures. Chaque chlorotique a pris de la sorte 8 à 12 grammes de lactate de fer en tout; les malades ont parfaitement bien supporté cette médication qui a constamment augmenté l'appétit d'une manière sensible; tous ont accusé une saveur d'encre marquée. Au bout de quelques jours de son usage,

les forces revenaient, les palpitations diminuaient, et tous les malades, sans exception, sont sortis dans un état satisfaisant.

Dans une note annexée au rapport de M. Bouillaud, M. le professeur Fouquier signale absolument les mêmes résultats.

M. le rapporteur donne des éloges, en terminant, aux recherches pharmaceutiques et aux expérimentations cliniques consignées dans le travail de MM. Gélis et Conté ; il pense que désormais le lactate de fer doit être placé au premier rang parmi les préparations ferrugineuses employées en médecine; il conclut à ce que des remercîments soient adressés aux auteurs, et à ce que leur travail soit inséré dans les Bulletins.

(Adopté.)

(Séance du 11 février.)

Rhumatisme articulaire, terminé par suppuration.

M. Gerdy lit un rapport sur une observation de rhumatisme de l'articulation ilio-fémorale, terminé vers la fin du quatrième mois par la mort. Du pus se forma dans l'articulation, des ouvertures s'établirent, les cartilages s'altérèrent ; les os présentent à leur surface des ossifications irrégulières, en stalactites et en lamelles.

—M. Roux pense qu'il s'agit d'une périostite; rappelant en peu de mots les caractères généraux de cette phlegmasie, il insiste sur sa terminaison fréquente par suppuration, sur la carie et plus spécialement sur la nécrose, qui en est la conséquence.

—M. Bouillaud revient sur l'interprétation de M. Gerdy, et se demande si c'était bien un rhumatisme. Il rapproche ce fait d'autres cas à peu près analogues dans lesquels l'affection rhumatismale n'était pas douteuse, et qui montrèrent à l'autopsie de la suppuration dans les jointures et dans les gaînes musculaires.

—M. Gerdy s'attache à établir les caractères distinctifs de la carie et de la nécrose ; puis, revenant sur la nature rhumatismale de la maladie dont il a reproduit l'histoire, M. Gerdy s'attache surtout à démontrer que sa production sous l'influence du froid humide en est en quelque sorte le cachet ; mais il établit une distinction entre le rhumatisme, suivant qu'il est avec ou sans inflammation. C'est une maladie spéciale que le rhumatisme; l'inflammation n'est pour elle qu'une lésion secondaire et nullement essentielle.

(Séance du 28 janvier.)

M. Lecanu lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Lodibert.

— M. Espiaud lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Aulagnier.

Introduction d'un haricot dans la trachée-artère, observation de M. Lasserre, médecin à Agen.

M. Capuron fait un rapport sur ce travail intéressant. Il s'agit d'un enfant de trois ans, qui, s'amusant à jeter en l'air des haricots secs et à les recevoir dans sa bouche, avait, pendant une forte inspiration, fait pénétrer une de ces graines dans ses voies aériennes ; les accidents de suffocation les plus graves s'ensuivirent, avec des alternatives de calme. Plusieurs fois, au moment de pratiquer l'opération de la trachéotomie, on donna à boire à l'enfant une certaine quantité d'huile d'olives, qui calma toujours la suffocation. L'opération fut de jour en jour différée, et le haricot rejeté par parties dans des efforts de toux. D'où on peut conclure que, dans des cas pareils, ils n'est pas d'absolue nécessité de pratiquer l'opération de la trachéotomie, opération toujours dangereuse ; et que l'huile d'olives est alors un excellent antispamodique. (Remercîments à l'auteur, et insertion de l'observation dans le Bulletin.)

—M. Amussat communique l'observation d'une amputation de col utérin qu'il vient de pratiquer.

—M. Bouvier, celle de la section du sterno-mastoïdien pour un torticolis musculaire ancien, suivie de guérison.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 6 janvier 1840.)

Présidence et vice-présidence.

M. Poisson, vice-président pendant l'année 1839, est appelé aux fonctions de président pour l'année 1840.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un vice-président pour l'année 1840. Au dernier tour de scrutin, M. Serres réunit 28 suffrages; M. Thénard 23. M. Serres est, en conséquence, proclamé vice-président et occupe le fauteuil, M. Poisson étant retenu par une grave indisposition.

Cette séance n'offre, du reste, rien qui ait trait à la médecine ou à la chirurgie.

(Séance du 13 janvier.)

Rapport sur un mémoire de M. Bailleul (1) *ayant pour titre :* Cas rare de thérapeutique chirurgicale. — (Commissaires, MM. Roux, Breschet; Larrey, rapporteur.)

Nous allons analyser ce *cas rare*, dénomination introduite dans la science par le célèbre Haller, et devenue depuis, dans plusieurs écoles de médecine, l'objet d'un enseignement spécial.

Un ouvrier de l'une des fabriques d'indiennes établies à Bolbec (Seine-Inférieure), nommé Dussau, et âgé de douze ans, fut pris, le 9 septembre 1839, dans l'engrenage d'une machine de la puissance de douze chevaux. Ses vêtements s'engagèrent les premiers, et après quelques tours la jambe droite se trouva prise si violemment dans un intervalle d'environ six centimètres, qu'elle tomba entièrement détachée du reste du corps, en laissant à quatre travers de doigt du genou une plaie irrégulière, formée par le déchirement des muscles jumeaux et soléaire, dépourvus de la peau et formant des lambeaux dentelés ; le tibia, entièrement dénudé et fracturé en pointe, faisait une saillie de plusieurs centimètres; le péroné avait été rompu plus haut à trois ou quatre travers de doigt de son articulation avec ce premier os; la cuisse du même côté présentait deux fractures du fémur, simples et sans solution de continuité aux parties molles, l'une à son quart supérieur et l'autre au quart inférieur.

Au côté gauche de la tête, il s'était fait une plaie très-irrégulière de la largeur de la main; plusieurs portions du cuir chevelu étaient roulées en divers sens, et une portion de l'os pariétal était dénudée de son péricrâne, mais exempte de fracture.

Le bras gauche, le dos et différentes parties du corps présentaient çà et là des traces de contu-

(1) Chirurgien en chef de l'hospice de Bolbec.

sion et plusieurs excoriations à la peau; car, à chaque mouvement de l'arbre tournant, le malheureux enfant frappait contre les murailles ou contre le sol, parce qu'il ne pouvait passer que par une forte compression à travers l'intervalle étroit dans lequel il tournait.

On fut attiré par les cris de cet enfant pour lui porter secours, et ce ne fut qu'avec une extrême difficulté qu'on parvint à le retirer de l'engrenage.

M. Bailleul, arrivé un quart d'heure après l'accident, trouva le pouls et la respiration de ce blessé à peine sensibles, et il ne pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait. Son corps était froid; son visage, d'une grande pâleur, était taché de sang; la plaie de la jambe n'en fournissait plus; mais il paraît qu'elle fut suivie dans les premiers instants, d'une forte hémorrhagie, car les murs étaient couverts de sang.

M. Bailleul courut chercher ses instruments (mission qui, ainsi que le fait observer le rapporteur, pouvait être confiée au premier venu). Il est probable que pendant son absence quelqu'un, appréciant mieux le prix des premiers instants, aura réchauffé cet infortuné et lui aura fait avaler quelque liqueur cordiale, telle que du vin chaud sucré. A son retour, en effet, et à sa grande surprise, M. Bailleul trouva que le malade était sorti de l'état de mort apparente et avait repris l'usage de ses sens. Encouragé par cette amélioration, il pratiqua, peu de moments après, l'amputation de la jambe au-dessous du genou, ou au-dessus de la désorganisation des parties. Le pansement de la plaie du moignon terminé, on appliqua un bandage à plusieurs chefs sur la cuisse fracturée, qu'on plaça sur un coussin assez épais, et de manière à rendre le membre inamovible.

Le chirurgien procéda ensuite au pansement de la plaie de la tête, après avoir rasé le cuir chevelu; les bords ou les lambeaux de cette large déchirure furent réunis au moyen de bandelettes agglutinatives, et le pansement fut terminé par l'application d'un appareil convenable. Enfin, cet enfant fut couché dans un bon lit et ranimé sans doute par de bon bouillon et du vin généreux. Un sommeil profond et une transpiration abondante rétablirent le jeu des fonctions chez ce malade, et il marcha ensuite assez rapidement vers la guérison, bien que la cicatrice de la plaie de tête ait été retardée par des escarres gangréneuses dont il fallut attendre la chute. On aurait sans doute prévenu cette affection gangréneuse, dit le rapporteur, si l'on avait excisé les lambeaux désorganisés, et débridé les angles de cette plaie contuse. Au reste, M. Bailleul n'a point fait connaître l'époque de cette guérison. Le rapporteur fait observer que, dans le cas qui nous occupe, il aurait été plus rationnel et plus avantageux, pour le malade comme pour le médecin, de commencer le traitement par le pansement des plaies de la tête et de celles des autres parties du corps, avant de procéder à l'amputation de la jambe, comme l'opération la plus grave et après laquelle le blessé devait rester dans le repos. C'est d'après ces préceptes que l'on agit actuellement dans la chirurgie militaire; car si le blessé tombait en syncope, il ne serait plus en état de supporter une autre opération.

Néanmoins, à ces imperfections près, le travail de M. le D. Bailleul offre un véritable intérêt et a reçu l'approbation de l'Académie.

Mémoire sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, par M. Jules Guérin. — (Commissaires, MM. de Blainville, Savart, Serres, Flourens, Dutrochet.)

L'auteur cherche à prouver cette intervention par les dispositions et les rapports des parties, par l'expérience directe, et par l'observation physiologique et pathologique.

Les cavités articulaires, ainsi que celles des séreuses fermées de toutes parts, présentent périodiquement des espaces nouveaux ou des ampliations des espaces existants. Dans les cavités articulaires, cette production d'espaces nouveaux ou cette ampliation des organes existants est due : 1° à des changements de rapport des surfaces articulaires qui cessent de se correspondre suivant les mêmes plans, et perdent ainsi leurs conditions respectives de contact et de parfaite coaptation; 2° à la tension des muscles entourant l'articulation, qui se soulèvent, se tendent entre ces points, et forment les parois résistantes des cavités improvisées ou agrandies.

Les conditions qui produisent l'ampliation des cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine, etc., sont analogues, et également de deux ordres : ou bien le feuillet pariétal de ces séreuses est soulevé et entraîné par les parties auxquelles il adhère pendant que le feuillet viscéral reste en place avec le viscère sur lequel il se réfléchit; ou bien le feuillet pariétal restant fixe et résistant avec les parties qu'il tapisse, le viscère éprouve des déplacements ou des changements de volume, qui entraînent d'autant le feuillet viscéral. Quelquefois ces deux ordres de conditions entrent simultanément en jeu.

L'auteur cite les expériences qu'il a faites. Il en résulte qu'en vertu des espaces nouveaux ou des accroissements des espaces existants, la pression exercée à l'intérieur de ces cavités est sensiblement moindre que celle exercée à l'extérieur par la pression atmosphérique. D'où il suit que cette dernière pèse de toute la différence de ces deux actions, et tend à refouler à l'intérieur des cavités des séreuses les fluides qui doivent rétablir par leur exhalation l'équilibre des deux pressions.

Il est aisé d'expliquer, d'après cette théorie, la formation des ankiloses après les longues immobilités des articulations.

L'auteur se réserve de déterminer, dans un prochain mémoire, la véritable portée de l'élément fonctionnel nouveau dont il a été question dans celui-ci.

(Séance du 20 janvier.)

Mémoire sur les causes des maladies scrofuleuses, par M. Lugol. — (Commissaires, MM. Magendie, Breschet, Roux).

L'hérédité est, pour l'auteur, la cause la plus évidente, la plus commune dans la très grande majorité des cas. L'existence de la scrofule chez un enfant est, à ses yeux, comme le signe certain d'un tempérament de famille, par suite duquel tous les autres enfants ont la même prédisposition originaire à cette maladie; les familles atteintes de cette malheureuse constitution sont soumises à une grande mortalité; à peine un quart des enfants y atteint-il la puberté.

L'auteur fait voir, dans son travail, que des parents, dont la jeunesse a été scrofuleuse, mais qui jouissent présentement d'une assez bonne santé, engendrent souvent des enfants scrofuleux. Il montre encore que des parents paraissant ne pas être scrofuleux, mais ayant des frères et sœurs qui le sont, ont très souvent eux-mêmes une postérité scrofuleuse.

Il a vu aussi que des parents peuvent n'offrir de symptômes de scrofules qu'après avoir engendré des enfants scrofuleux, et il arrive à cette conclusion, que les maladies héréditaires ne sautent pas une génération, contre l'opinion généralement reçue à cet égard.

Dans une autre section, celle relative à la scrofule acquise par des parents qui engendrent des enfants scrofuleux, M. Lugol reconnaît plusieurs causes de scrofules, ce sont : la syphilis, l'abus des plaisirs vénériens, les mariages trop précoces, la génération dans un âge très avancé, la disproportion d'âge des parents. Il a reconnu aussi un grand nombre d'exemples d'une scrofule qui naît presque infailliblement de tous les mariages dans lesquels l'homme n'a point la force comparative de son sexe.

Étiologie essentielle, variétés anatomiques et traitement chirurgical des luxations et pseudo-luxations du fémur ; par M. Jules Guérin.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur.

1° Les luxations congénitales du fémur sont, comme le pied-bot, le torticolis et les déviations de l'épine, le produit de la rétraction musculaire primitive.

2° Il existe un ordre de difformités congénitales de la hanche, inconnues jusqu'à ce jour, que l'auteur appelle pseudo-luxations, parce qu'elles offrent l'apparence trompeuse des luxations, sans sortie de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde ; elles sont encore dues à la rétraction.

3° Le traitement efficace de ces difformités, indépendamment des moyens déjà connus qu'il faut conserver dans la limite de leur utilité relative, doit consister dans la section des muscles rétractés sous la peau. L'auteur a déjà fait cette opération trois fois avec succès.

Elle est tout-à-fait sans danger ; car, dans un de ces cas, il a pratiqué le même jour et sans désemparer, chez une jeune fille, la section de treize muscles ou tendons, pour remédier à diverses difformités dont elle était atteinte ; dès le lendemain, la malade n'éprouvait aucune espèce de douleur ni de malaise, ni symptôme d'inflammation quelconque dans le siège des muscles divisés.

NOUVELLES.

Le concours de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris est terminé :

M. Piorry a été nommé professeur.

Le scrutin définitif a donné :

1er *tour :* M. Broussais, 5 voix ; M. Piorry, 3 ; M. Dubois d'Amiens, 3; M. Gibert, 1.

2e *tour*. M. Broussais, 3; M. Piorry, 4 ; M. Dubois, 4; M, Gibert, 1.

3e *tour*. M. Dubois, 6; M. Piorry, 7; la voix du président ayant compté pour deux par suite du partage.

— Le concours pour la chaire de pathologie externe à Montpellier est terminé; M. Bouisson, déjà professeur à Strasbourg, est appelé à succéder à Dugès.

Voici les sujets de thèses qui ont été donnés aux concurrents :

M. Bouisson : parallèle entre la pathologie chirurgicale des écoles françaises, et la pathologie chirurgicale des écoles étrangères.

M. Franc : du pronostic en chirurgie, et de ses sources.

M. Batigne : des sources d'indication dans les maladies chirurgicales.

M. Andrieu : de l'influence de l'érudition et des méthodes philosophiques sur les progrès de la pathologie chirurgicale.

M. Jaumes : de l'influence de la physiologie expérimentale sur la connaissance et le traitement des maladies chirurgicales.

M. Lafosse : de l'étude des fluides normaux et anormaux, au point de vue chirurgical.

M. Caffort : de la certitude en chirurgie, et de ses sources.

M. Vailhé : de l'influence des travaux et des découvertes anatomiques depuis Vésale, sur les progrès de la pathologie chirurgicale.

— La Société médico-chirurgicale de Bruges propose la question suivante pour le concours de 1841 :

« Faire un exposé historique des progrès que le diagnostic médical a faits depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours. »

Une médaille d'or de la valeur de 300 francs sera décernée à l'auteur du meilleur travail sur cette question. Les mémoires, écrits lisiblement, en français ou en latin, devront être remis franc de port, avant le premier janvier 1841, au secrétaire de la société; les auteurs devront inscrire leurs noms, qualités et demeure, sur un billet cacheté qui portera à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire. D'après l'article 27 du règlement de la société, tout manuscrit qui lui est envoyé devient sa propriété. Il est néanmoins loisible à l'auteur d'en faire prendre copie.

— Le célèbre Blumenbach, un des huit associés étrangers de l'Académie des sciences, est mort à Gœttingue le 22 janvier dernier âgé de quatre-vingt-huit ans.

— Une opération césarienne avait été pratiquée par M. Paul Dubois à l'hôpital des Cliniques dans le courant de janvier. La malade, après avoir résisté à tous les accidents primitifs et consécutifs ordinaires de cette formidable opération, a été prise de tétanos le seizième jour de l'opération, et a succombé le dix-neuvième.

— M. le docteur Leroy d'Étiolles a été nommé au bureau central des hôpitaux, où l'on a créé un service spécial pour le traitement externe des maladies des voies urinaires.

— M. Guersant fils, chirurgien des hôpitaux, vient d'être nommé chirurgien à l'hospice des Enfants, en remplacement de M. Baffos, nommé à l'hospice de Larochefoucault.

— Les fièvres typhoïdes et gastriques règnent épidémiquement à Vienne, et y prennent un caractère alarmant. Le nombre des malades est tellement grand qu'il n'y a plus de place dans les hôpitaux, et qu'on est obligé de les transporter ailleurs.

— M. le docteur Brault, pharmacien en chef, premier professeur du Val-de-Grâce, vient d'être nommé inspecteur, membre du conseil de santé des armées, en remplacement de M. Fauché, décédé. Cette nomination complète ce conseil ainsi qu'il suit :

Médecine : MM. Moizin et Gasc.
Chirurgie : MM. Larrey et Pasquier père.
Pharmacie : M. Brault.

— On a placé, le 17 de ce mois, dans la salle des séances des professeurs, le buste en marbre de Broussais, donné par M. le ministre de l'intérieur. La commission du monument qui doit être érigé au Val-de-Grâce à ce célèbre médecin a arrêté que le modèle de la statue serait exécuté en bronze.

Le buste et la statue sont dus au ciseau de M. Bra.

—Le 29 janvier dernier, M. Thuillier, nommé professeur d'accouchement à l'école secondaire médicale d'Amiens, a été installé dans ses fonctions; M. le recteur de l'Académie, dans une brillante improvisation, a fait l'éloge de M. le docteur Routier, qui occupait p écéde ment cette chaire; il a exposé en même temps les titres du nouveau professeur.

— MM. les docteurs Tourdes, Dumas, Trainquier et Malle, viennent d'être admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir le 2 mars prochain, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la chaire de médecine légale.

— M. le docteur Bouvier, membre de l'Académie de médecine, passe, en qualité de médecin, de l'hospice de Larochefoucault à l'hospice de la Salpêtrière, en remplacement de M. Cruveilhier, médecin à l'hôpital de la Charité.

— M. Montfalcon, doyen de la Faculté de médecine de Genève, vient de mourir dans un âge avancé.

— Par suite de la mort du docteur Omodei, le journal italien que ce médecin dirigeait depuis 1823, *Annali di medicina universali*, vient de passer entre les mains du docteur Calderini.

— M. le docteur Flourens, sécrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, vient d'être nommé membre de l'Académie française, en remplacement de M. Michaud.

—

Prix de vaccine décernés par l'Académie de médecine.

Le premier prix, de la valeur de 1,500 fr., sera partagé entre MM. Boisson, d.-m. à Lure (Haute-Saône); Clermont, d.-m. à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); Thomas, à Saint-Etienne (Loire).

Des médailles d'or ont été décernées à MM. Bonfils, d.-m. à Haroué (Meurthe); Cayrel, à Toulouse (Haute-Garonne); Couraux, à Villé (Bas-Rhin); Fontan, à Chazelles-sur-Lyon (Loire).

Des médailles d'argent ont été décernées aux médecins dont les noms suivent : MM. Adam, d.-m. à Montcornet (Aisne); Auger, à Pithiviers (Loiret); Barrey, à Besançon (Doubs); madame Barthélemy, s.-f. à Vierzon (Cher); MM. Baudry, à Evreux (Eure); Bavay père, à Crozon (Finistère); Benézech, à Conques (Aveyron); Bert, à Moutiers (Côte-d'Or); Bloudiot, à Orbaix (Marne); Bonafous, ch. aide-m. à Constantine (Algérie); Bonnet, méd. à Coutances (Manche); madame Bory, s.-f. à Lachapelle (Creuse); MM. Boubon, à Saint-Chély (Lozère); Bouignes, à Aurillac (Cantal); Bourrée, à Montigny (Côte-d'Or); Bourzac, à Charras (Charente); Jean Buès, à Valonne (Basses-Alpes); Buisson, à Terrasson (Dordogne); Carillian, à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes); Cayre Mirabel, à Reuilly (Indre); Cazes, à Aspet (Haute-Garonne); Chabanon, à Uzès (Gard); Charoppin, à Pons (Charente-Inférieure); Chrétien, à Thann (Haut-Rhin); Cruveilhet, à Alassac (Corrèze); Damiac, à Lodève (Hérault); Daniel, à Saint-Julien (Jura); Dautour, à Estampes (Gers); Defresnoy, à Elincourt-Sainte-Marguerite (Oise); madame Delabrosse, à Toutry (Côte-d'Or); MM. Delemar, à Lille (Nord); Demenench, à Bourbourg (Nord); madame Dessalles, s.-f. à Villandraut (Gironde); M. Drouet, à Saint-Philibert (Loire-Inférieure); madame Duchatel-Coquet, s.-f. à Ardes (Pas-de-Calais); MM. Dupourqué, à Salies (Basses-Pyrénées); Eudes, à Bayeux (Calvados); Faillières, à Cuq-Toulza (Tarn); Fornier, à.... (Aude); Forest, aux Martigues (Bouches-du-Rhône); Fourcy, à Doutilly (Seine-et-Marne); Gaffé, à Saint-Valery (Somme); A. Galpin, à Ponvallain (Sarthe); Galtier, à Requista (Aveyron); Genin, à Charmes (Vosges); madame Géraud, s.-f. à Curval (Tarn); MM. Gonon-Dallary, à Sury (Haute-Loire); Jules-Aug. Goupil, à Nemours (Seine-et-Marne); Guillo, à Prades (Pyrénées-Orientales); Homet, à Sasselot (Seine-Inférieure); Houeix, à Ploërmel (Morbihan); Jean, à Aups (Var); Lafage, à Mont-de-Marsan (Landes); Laumont, à Bourmont (Haute-Marne); Ledeschante, à Paris (Seine); Leseigneur, à Valéry (Seine-Inférieure); madame Limosin, s.-f. à Romorantin (Loir-et-Cher); MM. Lombal, à Dombasle (Meuse); Luroth, à Bischwiller (Bas-Rhin); Maréchal, à Wassigny (Aisne); Martin, à Avignon (Vaucluse); Martin, à Tessé-la-Madeleine (Orne); Maupetit, à Chaunoy (Vienne); Mélier, à Saint-Arnoult (Seine-et-Oise); Mercier, à Saint-Lupicin (Jura); Merland, à .... (Vendée); Millet, à Cusset (Allier); Miresse, à Guérande (Loire-Inférieure); Miroille, à Venderesse (Ardennes); Moussier, à Saint-Vallier (Drôme); Nichet, à Lyon (Rhône); Ollet fils, à Boule-d'Amont (Pyrénées-Orientales); Orlowski, à Saint-Etienne-Lovarence (Rhône); Pagès, à Saugues (Haute-Loire); Pasquier, à Saint-Cirq (Lot); Péronnier, à Romans (Drôme); Peyroux. à Bourbon-l'Archambaud (Allier); Pézera, à Charolles (Saône-et-Loire); Plissard, à Guériguy (Nièvre); Polinière, à Lyon (Rhône); Ponpard-Dujaunay, à Segré (Maine-et-Loire); Pourcelot, à Pierrefond (Oise); Prévos, à Rédon (Ille-et-Vilaine); Rach, à Benfeld (Bas-Rhin); Camille Renauld, à Loches (Indre-et-Loire); Robbe, à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir); Roche, à Caraman (Haute-Garonne); Rosec-Maisonneuve, à Ploudalmezeau (Finistère); Rousset, à Sarreguemines (Mozelle); Roussilhe, à ..... (Aude); Soum, à Oust (Ariège); Sulpici, à Saint-Yrieix (Haute-Vienne); Testu, à Saint-Jean-de-Bournauy (Isère); Thélu, à Dunkerque (Nord); Thiaudière, à Gençai (Vienne); Trichard, à Chaufailles (Saône-et-Loire); Tripier, à Pont-Rémy (Somme); Félix Vernhes, à Niort (Deux-Sèvres); Villeneuve, à Tréguier (Côtes-du-Nord); Winter, à Nancy (Meurthe).

IV. — ANATOMIE.

URÉTROPLASTIE.

Lettre de M. Ségalas à M. Dieffenbach, sur un nouveau procédé employé avec succès (1).

Monsieur et illustre ami,

Vous parlez en premier lieu des procédés opératoires relatifs *aux fistules étroites*. Ils sont au nombre de cinq :

1° *La cautérisation avec la teinture de cantharides :* seule, elle vous a rarement réussi; et, quand elle a donné d'abord un bon résultat, il y a eu ensuite récidive presque toujours.

2° *La cautérisation avec la teinture de cantharides suivie de la suture entrecoupée :* vous l'avez employée trois fois vainement; chez

(1) Voir le numéro de janvier 1840.

un seul malade il y a eu guérison plus tard, sous l'influence de la cautérisation répétée.

3° *La cautérisation suivie de la suture entortillée :* vous l'avez appliquée sans succès chez un étudiant en médecine.

4° *L'avivement des bords de la fistule par l'instrument tranchant, suivi de la suture entrecoupée :* vous avez fait usage de ce procédé plusieurs fois sans succès ; chez un seul malade la guérison en a été le résultat ; mais celle-ci n'a pas eu lieu par première intention; elle n'a été obtenue que par suppuration.

Ce procédé, M. Fouilhou l'a mis en pratique à Brest, chez un marin qui, s'étant serré la verge avant l'exercice du coït, avait déterminé une mort presque immédiate de la partie de l'urètre comprise dans le lien, laquelle était restée affectée d'une fistule d'environ deux lignes de diamètre. Le bistouri a été porté dans le pourtour de l'ouverture, et assez loin sur la peau ambiante ; en cinq jours la réunion a été complète ; mais, nonobstant l'emploi de la sonde, le canal s'est rétréci sous la cicatrice (1).

5° *L'avivement des bords de la fistule avec l'instrument tranchant suivi de la suture entortillée :* il vous a réussi dans le seul cas où vous l'avez employé.

Aucun de ces procédés n'était applicable à mon malade dans le commencement, où il y avait une énorme perte de substance ; mais, dans le cours du traitement, j'ai eu plusieurs fois recours à la teinture de cantharides suivant votre manière de l'appliquer, et j'en ai retiré des avantages. Toutefois, je dois le dire, je me suis servi plus souvent du nitrate d'argent, caustique dont j'ai l'habitude, et dont, dans ce cas comme dans bien d'autres, j'ai eu fort à me louer.

Vous traitez en second lieu des méthodes et procédés opératoires applicables aux *véritables pertes de substance de la partie antérieure et libre de l'urètre.*

Vous parlez d'abord de quelques procédés dont vous établissez l'insuffisance.

1° *L'avivement suivi de la suture entrecoupée :* employé deux fois pour un trou de la longueur d'un pois, ce procédé a échoué chaque fois.

2° *L'avivement et la suture entortillée, avec des incisions latérales,* pour donner de la laxité aux parties mises en contact : employé pour une ouverture d'un demi-pouce de longueur, ce procédé n'a pas eu de succès ; mis en usage dans un cas plus facile, il a eu un succès incomplet.

3° *La réunion des bords cutanés de la fistule par la suture entortillée, avec des incisions latérales :* en vos mains, ce procédé a échoué dans un cas où l'ouverture offrait la largeur d'un pois ; il a échoué de même dans les mains d'un habile chirurgien de Paris, de M. Ricord, chez un malade qui présentait une ouverture d'un demi-pouce, et qui avait été opéré déjà deux fois sans succès, par un autre chirurgien français, et de la même manière.

Portant ensuite vos regards sur l'ensemble de ces faits, vous vous demandez, en homme habitué à vous rendre compte des résultats, pourquoi vous avez eu si peu de succès, et vous reconnaissez que la raison en est dans l'action de l'urine sur les lèvres de la plaie ; ce qui vous conduit à l'idée d'en détourner ce liquide à l'aide d'une ouverture faite à une partie profonde de l'urètre, idée que de nouvelles réflexions vous font abandonner tout aussitôt et avant toute épreuve, pour lui en substituer une plus ingénieuse peut-être, mais devant être, selon moi, moins heureuse dans l'application. Voici comment vous vous exprimez à ce sujet :

« En jetant, dites-vous, un coup d'œil sur les différentes méthodes opératoires et observations que nous venons de décrire, nous voyons que, dans tous les cas, c'est sans contredit le contact de l'urine avec la surface de la plaie qui s'est constamment opposé à toute cicatrisation, lors même que, dans les premiers jours, il s'était fait un commencement d'agglutination entre les bords de la fistule formés par la peau du pénis, que l'on sait être si délicate. En effet, quelques gouttes d'urine échappées le long des parois externes de la sonde et venant à s'épancher dans la plaie, ont presque toujours suffi pour rendre toute opération inutile. On pourrait se demander pourquoi cet accident n'est venu qu'au bout de quelques jours entraver la marche d'une opération qui s'annonçait d'abord comme devant réussir. Mais il faut observer que si, dans les premiers jours, il peut se faire un commencement de cicatrisation, c'est qu'alors la sonde est exactement embrassée par le sphincter de la vessie, de manière à fermer toute issue à l'urine. Plus tard le séjour prolongé du cathéter dans l'urètre et la vessie y produit une certaine irritation ; le muscle constricteur se relâche, et une quantité d'urine minime, il est vrai, mais suffisante pour devenir nuisible, peut passer entre le cathéter et l'orifice interne de l'urètre. L'écoulement continu de l'urine dans un urinal, ou son évacuation souvent répétée par la sonde, ne pourrait remédier à cet inconvénient. On y parviendrait peut-être en ne laissant pas l'instrument à demeure, et ne l'introduisant qu'autant que le malade sentirait le besoin d'uriner. Mais on aurait à craindre de cette pratique des suites encore bien plus fâcheuses. Ainsi, le mouvement d'extension et d'élévation imprimé au pénis, le passage fréquent de l'instrument dans un organe déjà irrité, et le frottement réitéré qui en résulterait contre

(1) *Observations sur les rétrécissements de l'urètre par cause traumatique et sur leur traitement,* par M. Franc, page 83, Montpellier, 1840.

les parois internes de la plaie et les bords saignants encore de la suture, seraient plus que suffisants pour s'opposer à tout travail de cicatrisation. En outre, la sonde, en la retirant, traîne toujours après elle quelques gouttelettes d'urine, ou bien elle en laisse échapper encore une plus grande quantité par les yeux, lors même qu'on a soin de fermer hermétiquement avec le pouce son orifice extérieur.

« Aucune de ces précautions n'étant capable d'empêcher l'infiltration lente, cachée, insensible de l'urine, reconnaissable seulement aux suites fâcheuses auxquelles elle donnait constamment naissance, et cet accident étant la cause principale, presque unique de la non-réussite de mes opérations, je songeais depuis long-temps à trouver un moyen de la combattre avec efficacité. J'avais d'abord pensé, ainsi que je l'ai dit dans un autre ouvrage, qu'en pratiquant à distance et en arrière de la fistule, à un endroit plus rapproché de la vessie, une contre-ouverture, on pourrait, au moyen d'une sonde introduite par cette dernière, empêcher l'urine d'arriver jusqu'à l'orifice fistuleux, et ainsi opérer avec plus de sécurité. Lors de mon séjour à Paris, j'appris, non sans un vif intérêt, qu'un médecin français, dont j'ignore le nom, avait eu récemment la même idée que j'avais émise il y a plus de sept ans. Je ne sais si ce médecin l'a réalisée dans la pratique, ni s'il en a obtenu quelque succès ; j'ai compulsé les recueils périodiques et autres publiés récemment en France, et ils n'ont rien pu m'apprendre à cet égard. Pour mon compte, je n'ai jamais mis mon projet à exécution ; n'ayant pu, dans plusieurs circonstances, réussir à fermer des ouvertures fistuleuses, même petites, je craignis que la perte de substance antérieure une fois guérie, la contre-ouverture elle-même ne se changeât en une fistule dont on n'aurait pas si bon marché ; et mes craintes étaient d'autant plus fondées qu'il aurait fallu laisser la sonde long-temps à demeure dans cette seconde ouverture ; *je renonçai donc à ce mode de dérivation de l'urine.* »

C'est cette méthode, mise de côté avant d'avoir été expérimentée, que, servi par le hasard, et confiant dans l'épaisseur et la nature des parties qui couvrent l'urètre à la région périnéale, je me suis empressé de mettre en pratique.

Pour vous, monsieur, après l'avoir abandonnée, vous avez, dans le but de la remplacer, modifié votre méthode à incisions latérales, et imaginé le procédé que voici :

4° *Suture entortillée, suivie d'incisions latérales, avec entière séparation des bandes cutanées comprises entre ces incisions et les bords fistuleux :* vous l'avez mise en usage une fois chez un commis négociant, pour un trou de la partie antérieure et moyenne de l'urètre, capable de recevoir l'extrémité de la plus grosse sonde. Vous aviez commencé par rafraîchir les bords de la fistule avec l'instrument tranchant. En trois semaines, la cicatrisation était complète. La cautérisation avait échoué précédemment.

Je ne m'arrêterai point à établir que, chez mon malade, la méthode dont il s'agit aurait été insuffisante ; vous-même vous ne l'indiquez que pour les fistules urétrales de *moyenne grandeur*.

5° *Suture par attelles :* assez semblable à la suture enchevillée, elle devait être accompagnée d'incisions latérales, et de la disposition en ponts des lambeaux de peau intermédiaires à ces incisions et aux bords de la fistule. Vous ne l'avez pas mise en usage. Elle n'eût pas pu l'être chez mon malade, à moins de remplacer les deux incisions par une seule pratiquée tout le long de la partie dorsale de la verge, auquel cas, d'après vous-même, l'opération eût manqué infailliblement.

Vous passez ensuite aux méthodes de *transplantation.* Vous en décrivez quatre ou cinq.

1° *Transplantation de la peau du scrotum sur une ouverture située immédiatement au devant de cette partie :* vous ne l'avez pas mise en pratique, mais vous rapportez qu'elle a été tentée vainement par M. Ricord, pour une grande perte de substance à la partie inférieure de l'urètre, chez un malade que le même chirurgien avait opéré déjà sans plus de succès. Le lambeau détaché le long du raphé, et transplanté sur la fistule, se gangréna, quoique l'opération eût été faite avec habileté et que les plus grands soins eussent été apportés au traitement consécutif. C'est par cette méthode que M. A. Cooper a obtenu le beau résultat que j'ai rappelé.

2° *Transplantation circulaire ou rotation de toute la peau de la verge autour de son axe, pour la restauration d'une grande perte de substance à la partie inférieure et moyenne de l'urètre :* vous ne paraissez pas avoir mis cette méthode en application ; vous vous réservez de faire connaître plus tard les résultats que vous aurez obtenus par elle.

A cette méthode se rapporte, jusqu'à un certain point, le procédé que M. Alliot, de Montagny, a mis en pratique chez un jeune homme, pour une fistule située vers le tiers inférieur de la verge. Après avoir essayé vainement et la sonde et la suture, convaincu d'ailleurs que la cause des revers, en pareils cas, consiste dans la tendance de l'urine à s'insinuer entre les lèvres de la plaie qui se trouve sur son passage, ce praticien imagina de porter celles-ci à quelque distance du trajet de l'urètre. Dans ce but, il pratiqua d'un côté de la fistule, des incisions latérales dépassant en haut et en bas la fente fistuleuse et il disséqua la peau de ce côté ; puis il enleva de l'autre côté, et parallèlement, une portion de peau de six à sept lignes d'étendue ; reportant alors le lambeau flottant sur la surface dénudée, il pratiqua deux points de

suture loin de l'urètre ; il plaça ensuite une sonde dans le canal et un bandage autour de la verge. Il ne survint aucun accident. On se contenta de tenir le malade à la diète, et d'arroser la verge d'eau froide durant trois ou quatre jours. La réunion se fit d'une manière solide et parfaite. (*Gazette Médicale*, 1834, page 348.)

3° *Transplantation annulaire du prépuce d'avant en arrière dans le cas de perte de substance derrière cet organe :* cette opération a des points de ressemblance avec celle que j'ai faite, tout en différant complétement sous plusieurs rapports essentiels. Je vais reproduire textuellement ce que vous en dites :

« On soulève devant l'ouverture fistuleuse la peau externe du prépuce, en formant un pli longitudinal que l'on fend. Si l'on n'est pas parvenu de prime abord à donner à l'incision l'étendue des deux tiers de la circonférence du pénis, on l'agrandit à chaque extrémité, en remontant vers la face dorsale; puis on fait, en arrière de la perte de substance, à une distance plus ou moins rapprochée, à un point où la peau se laisse soulever, un nouveau pli également longitudinal, sur lequel on fait une incision semi-ovalaire. De cette manière l'ouverture fistuleuse occupe le milieu d'un lambeau ovale se terminant en pointe vers les extrémités. Ce lambeau est ensuite enlevé avec un bistouri qui coupe en dédolant. »

Jusque-là nos manières d'agir diffèrent à à peine.

« On saisit avec des pinces érignes le bord de la peau du prépuce qui a été incisée, et on divise avec des ciseaux d'oculiste le tissu cellulaire qui unit la lame externe de cet organe. Cette dissection achevée, on coupe la peau et on fait une ouverture d'un demi-pouce à la lame interne du prépuce, à l'endroit où elle se réfléchit inférieurement sur la couronne du gland. Cette ouverture doit donner passage au pus de la plaie, et servir à l'introduction d'une bougie pour recevoir les gouttelettes d'urine qui tendraient à s'y infiltrer. »

Toute cette partie de l'opération vous appartient exclusivement. Elle est de moins dans mon procédé, qui, par cela même, est plus simple sous ce rapport ; l'ouverture du périnée m'a dispensé de cette manière de soustraire la plaie au contact de l'urine.

« On rapproche le bord antérieur de la plaie formé par la lame externe du prépuce, du bord postérieur formé par la peau du corps du pénis ; cette lame externe recouvre ainsi l'orifice fistuleux de l'urètre, et les deux bords sont réunis au moyen de six à huit points de suture ; des bandelettes agglutinatives étroites, que l'on croise sur la face dorsale du pénis, servent à maintenir d'une manière encore plus ferme les surfaces rapprochées ; lorsque le prépuce est étroit, il faut, quand on l'a ainsi fixé et tiré en arrière, fendre les deux lames jusqu'à la couronne du gland. »

Je n'ai pas appliqué de bandelettes agglutinatives ; je doute qu'elles m'eussent été utiles.

« Le traitement consécutif n'offre rien de particulier ; l'urine qui s'est infiltrée, malgré la précaution que l'on prend d'introduire une sonde dans la vessie, trouvera une issue par l'ouverture faite inférieurement à la lame interne du prépuce. »

La sonde du périnée m'a tenu à l'abri de toute infiltration d'urine.

Vous ne dites pas avoir mis cette méthode en pratique.

Après avoir fait remarquer que l'occlusion des grandes ouvertures fistuleuses situées immédiatement derrière le gland sera toujours regardée comme une des opérations les plus difficiles de la chirurgie, et déclaré que vous ne connaissez dans les auteurs aucun exemple de guérison de ce genre, vous indiquez deux procédés contre ces fistules.

4° *Transplantation annulaire de la peau de la face inférieure du pénis dans le cas de fistules urétrales derrière le gland, avec absence du prépuce :* vous avez appliqué ce procédé chez un jeune israélite, pour une ouverture large comme un pois, mais sans succès. Vous pensez que vous auriez réussi si des accidents indépendants de l'opération ne fussent venus entraver la marche de la maladie.

5° *Transplantation d'un lambeau de peau emprunté au prépuce pour réparer une perte de substance de l'urètre située derrière le gland :* ce procédé, vous l'avez mis en pratique sous mes yeux dans votre avant-dernier voyage à Paris, sur un malade de M. le docteur Aronssohn. Vous avez éprouvé des accidents graves, mais le résultat dernier a été la guérison parfaite. Le fait est si remarquable par lui-même, il se rapproche tant du mien à quelques égards, que je pense devoir le reproduire dans tous ses détails. Je suivrai votre relation, en tout conforme à mes souvenirs.

Le malade était un ancien officier, jeune encore. Il avait une perte de substance du diamètre d'une petite fève, intéressant non-seulement la paroi inférieure, mais encore les parois latérales de l'urètre. Les contours de l'ouverture offraient une cicatrice plate, dure et calleuse. Le prépuce, naturellement long et épais, cachait la fistule dans l'état ordinaire ; mais en découvrant le gland, on pouvait facilement apercevoir celle-ci. Elle était le résultat d'un ulcère syphilitique.

Le malade couché horizontalement, vous introduisîtes une sonde élastique dans le canal de l'urètre, et vous retirâtes la peau du prépuce en arrière ; vous donnâtes à l'ouverture fistuleuse la forme d'une feuille de myrte placée en travers ; puis vous réunîtes cette plaie transversale, en abaissant un peu le gland. Vous avivâtes la plaie inférieure du gland jusqu'à l'orifice externe de l'urètre, ainsi que la demi-circonférence inférieure

de la couronne ; vous dénudâtes de même la portion inférieure du prépuce en enlevant sa lame interne, et obtîntes ainsi deux surfaces saignantes parfaitement correspondantes.

Après avoir étanché le sang avec beaucoup de précaution, vous attirâtes de nouveau sur le gland la peau du prépuce, et vous réunîtes, au moyen de la suture entortillée, le bord du prépuce au gland ; puis vous fendîtes de chaque côté toute la peau du prépuce; vous obtîntes ainsi un lambeau inférieur moyen qui resta parfaitement adhérent à la surface dénudée du gland et de la couronne. Par cette double incision, vous aviez en vue d'obvier au danger d'un paraphymosis, et de laisser une issue à l'urine qui aurait pu s'épancher.

L'opération terminée, le pénis fut entouré de fomentations froides; celles-ci furent entretenues jour et nuit.

Néanmoins, une réaction locale intense ne tarda pas à se développer ; elle fut combattue par l'application de sangsues au pubis et aux aines. Pour éviter l'épanchement de l'urine, vous eûtes recours à un siphon continu, que M. le docteur Sawyer venait d'inventer, et qui fut appliqué par l'auteur lui-même.

Au bout de quelques jours, on put déjà enlever un certain nombre d'aiguilles, et on aperçut un commencement de réunion aux bords de la plaie.

Le cinquième jour au matin, vous regardiez et nous regardions avec vous la guérison comme assurée; mais à la visite du soir, vous trouvâtes les choses bien changées. Le pénis avait acquis un volume énorme, il était d'une couleur rouge foncée et d'une chaleur brûlante ; la face du malade était gonflée, les yeux étincelants, hagards, continuellement fixés sur un même point; le pouls était petit et dur ; il y avait une exaltation extrême des facultés intellectuelles avec un délire frénétique. Vous fîtes une large saignée du bras; vous appliquâtes des fomentations froides sur la tête; vous entourâtes la verge avec des compresses trempées dans de l'eau saturnine tiède, et vous donnâtes une mixture saline à l'intérieur.

Vous attribuâtes ces accidents à une infiltration d'urine qui avait lieu malgré l'application du siphon continu.

Dans la nuit, vous enlevâtes les aiguilles qui étaient restées dans la plaie, et vous fîtes, en dessous du lambeau de peau appliqué contre la face inférieure du gland, une petite incision par laquelle vous vidâtes, au moyen d'une douce pression, une petite quantité de pus mêlé à quelques gouttes d'une urine séreuse. Vous retirâtes la sonde et mîtes la verge dans un bain tiède.

Le lendemain matin, il y avait une amélioration notable de tous les symptômes.

Après quelques jours, l'inflammation locale avait entièrement cessé, et il ne restait plus de doute sur le succès de l'opération. Cependant il fallut encore combattre l'irritation générale, faire usage des antiphlogistiques et des bains tièdes. Au bout de quelques semaines, le malade put se lever, et bientôt il quitta Paris en même temps que vous.

Le pénis, à part les cicatrices résultant de l'opération, avait sa forme naturelle. En retirant le prépuce en arrière, le lambeau inférieur, qu'on lui avait emprunté, restait adhérent à la surface du gland à laquelle on l'avait réuni. L'orifice fistuleux avait entièrement disparu. Cependant, lorsque l'urine était évacuée par un jet fort, on en voyait suinter un peu par une ouverture presque capillaire, à côté du lambeau transplanté.

M. Aronssohn continua à toucher ce léger point de suppuration avec de la teinture de cantharides, et le rétablissement complet fut obtenu à quelque temps de là, à Strasbourg.

Après avoir ainsi relaté, avec une égale franchise, vos revers et vos succès, vous faites les réflexions suivantes : « Il résulte, dites-vous, de l'exposé des différents essais auxquels je me suis livré pour arriver à la guérison des ouvertures fistuleuses de la partie inférieure et antérieure de l'urètre, que mes premières tentatives, d'après des méthodes anciennes, ont presque constamment échoué, et que si j'ai compté quelques succès d'après des méthodes nouvelles ou perfectionnées où j'ai tâché d'éviter les accidents et complications graves qui venaient si souvent compromettre l'issue des premières opérations, ces succès ont fréquemment été contrebalancés par l'apparition de symptômes généraux qui ont toujours été en augmentant, et sont même arrivés, dans la dernière observation que je viens de rapporter, au point de mettre la vie du malade en danger. »

Non seulement je n'ai pas eu la moindre inquiétude pour la vie de mon malade à aucune époque de son traitement, mais encore j'ai eu le plaisir de le voir presque toujours sans fièvre et jouissant de la santé générale la plus parfaite.

A raison des accidents qui pouvaient venir les compliquer, les méthodes de transplantation ne vous ont qu'incomplétement satisfait, et vous vous êtes attaché à la recherche d'une autre méthode. Vous avez trouvé celle-ci :

La suture en gousset. — Cette méthode, la dernière dont vous parlez, vous l'avez employée avec succès chez un officier de la marine russe, qui, à la suite d'un coup de feu reçu pendant qu'il dormait sur le pont, portait depuis trois ans, à la partie moyenne et inférieure du pénis, une ouverture par laquelle les urines passaient en grande partie, et dans laquelle on pouvait facilement introduire l'extrémité d'une grosse sonde.

Vous vous proposez de l'appliquer désormais à toutes les petites fistules de l'urètre; mais vous reconnaissez vous-même qu'elle

ne peut se pratiquer que dans les cas où la peau du pourtour de l'ouverture est saine et se laisse facilement étendre. Si la peau manque entièrement, ou s'il n'existe qu'un mince épiderme fermement adhérent à l'enveloppe aponévrotique des corps caverneux, elle est tout-à-fait inexécutable. Partant, chez le malade dont j'ai raconté l'histoire, cette méthode n'aurait pas pu être employée de prime abord. J'en ai tenté l'application sur la fin du traitement, après votre voyage ici, lors de la réapparition de la fistule antérieure, mais vainement. Peut-être ai-je procédé autrement qu'il ne le fallait ; toutefois j'ai fait mon possible pour me conformer à vos préceptes écrits et à vos conseils directs, soit dans la manière d'aviver les bords de la plaie, soit dans celle d'embrasser cette plaie par un lien circulaire et sous-cutané.

Maintenant qu'il est établi, je crois, que l'opération dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir diffère de celles que vous avez pratiquées et de celles que vous vous proposez d'employer, permettez-moi de vous faire remarquer que le résultat auquel je suis parvenu est de nature à dissiper vos craintes sur la contre-ouverture qui constitue le principal caractère de mon procédé. En effet, la sonde du périnée est restée en place près de huit mois consécutifs, et cependant la fistule qui lui livrait passage a été assez prompte à se fermer. C'est presque une garantie qu'il en sera de même dans tous les cas d'incision faite à l'urètre, derrière le scrotum, si l'on a la précaution que j'ai prise de convertir en siphon, à l'aide d'un tube œsophagien, la sonde introduite dans la voie naturelle, et d'exciter méthodiquement les parois de l'ouverture artificielle avec le nitrate d'argent ou la teinture de cantharides.

Voulez-vous avoir la mesure de ma confiance dans la contre-ouverture et la sonde-siphon? Je prends le parti de les mettre en pratique chez un enfant de onze ans, affecté d'un hypospadias tel que, jusqu'à l'examen que j'en ai fait tout dernièrement, il a été considéré, habillé et élevé comme une fille, et pourtant je ne perds pas de vue que sur trois hypospadias que vous avez traités par l'avivement et la suture entortillée, deux l'ont été sans aucun succès ; et pourtant je ne me dissimule pas que les conditions anatomiques des parties séparées et de celles que je dois diviser sont, chez mon jeune, trop jeune sujet, très peu favorables à l'opération que je vais tenter.

Une manière de voir bien différente vient d'être annoncée par M. Franc, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier (1). Après avoir reconnu la nécessité de faire usage du procédé de transplantation pour arriver à la guérison de certaines fistules urétrales, il ajoute : « Il est des cas cependant où toute pensée d'urétroplastie est en quelque sorte interdite par l'état de la maladie du canal et des tissus du voisinage. Ainsi il ne faut pas songer à faire cette opération : 1° quand l'ouverture fistuleuse a une grande étendue et est environnée d'une cicatrice dure, calleuse, incurvant la verge fortement dans sa direction ; 2° quand, avec une ou plusieurs fistules urétrales et l'oblitération du canal, par une cicatrice étendue, coïncide un état de désordre considérable de tous les tissus dans le périnée. »

Puis, M. Franc se demande si, dans une position aussi fâcheuse, il faut abandonner le malade à son sort, avec ses fistules périnéales, ou bien chercher à le soulager en établissant une ouverture artificielle à l'hypogastre par la ponction. La réponse est en faveur de cette opération, qui a produit d'assez bons effets chez un homme dont le périnée était couturé de cicatrices et sillonné de fistules, et qui, après de vaines tentatives de cathétérisme faites par des mains exercées, se trouvait atteint d'une rétention d'urine complète.

Le malade que j'ai traité réunissait à lui seul les diverses lésions signalées ici. Le résultat obtenu modifiera, j'espère, l'opinion de M. Franc, opinion qui paraît être partagée par son savant et habile maître, M. le professeur Lallemand. Quant à moi, je m'empresse d'admettre la ponction de la vessie dans la thérapeutique des désordres dont il s'agit, mais seulement comme une ressource pour l'urétroplastie, comme un moyen extrême de détourner l'urine de sa voie naturelle, de l'éloigner provisoirement des parties à refaire.

Agréez, monsieur et célèbre confrère, la nouvelle assurance de ma haute estime et de mon entier dévouement.

Paris, le 1er janvier 1840. SÉGALAS.

(1) Ouvrage cité.

Le directeur de service, *H. GOURAUD.*

IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie,
rue de Grenelle-St.-Honoré, 55.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 4. — AVRIL 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Mémoire sur l'arsenic naturellement contenu dans le corps de l'homme (1).

Le 28 octobre 1837, je déposai à l'Académie royale de médecine une note cachetée ainsi conçue : « M. Couerbe nous a communiqué, à MM. Ollivier (d'Angers), Lesueur et moi, les résultats de recherches qu'il a faites sur l'arsenic, et qui *semblent* établir que, pendant la *putréfaction* des cadavres humains, il se développe une certaine quantité de ce métal, que l'on peut extraire facilement par des moyens chimiques. M. Couerbe n'ayant pas l'habitude des expériences toxicologiques, et n'étant pas d'ailleurs convenablement placé pour continuer ces expériences, m'a prié de me joindre à lui pour vérifier un fait qui, par son importance, me paraît devoir fixer toute l'attention des savants. Dès le mois de juillet dernier, M. Couerbe avait fait la même communication à MM. Barruel, Bérard et Fontan. Comment l'arsenic se développe-t-il *pendant la putréfaction;* les matières animales le prendraient-elle à la terre; proviendrait-il des arséniates qui accompagnent souvent les phosphates, et qui se réduiraient par suite de l'action des matières organiques; serait-il enfin le résultat d'une transformation? Telles sont les questions qu'il s'agira d'aborder.

Je m'occupais alors de mon travail sur l'absorption de l'acide arsénieux; mes recherches, pour être probantes, devaient nécessairement établir, 1° que l'on pouvait extraire ce poison du sang et des organes dans lesquels il avait été porté en cas d'empoisonnement; 2° qu'à l'aide des mêmes procédés, on n'en retirait ni du sang ni de ces mêmes organes pris chez des individus qui n'avaient jamais fait usage des préparations arsenicales. Pour résoudre cette dernière partie du problème, je devais donc forcément examiner si, dans l'état normal, le sang et les viscères des chiens fournissent de l'arsenic à l'eau bouillante, agent dont je m'étais servi pour extraire de ces mêmes animaux l'acide arsénieux qui avait été absorbé. Des expériences nombreuses, tentées dans ce but, m'ayant prouvé qu'il n'en était rien, il devenait indispensable de pousser les recherches un peu plus loin, afin de savoir s'il existe réellement un composé arsenical dans le corps de ces animaux et dans les cadavres humains, présumant bien que plus tard, lorsque les médecins seraient appelés à décider si l'arsenic retiré du sang et de nos divers organes provenait d'un empoisonnement, on ne manquerait pas d'objecter *que le métal obtenu fait peut-être naturellement partie de nos tissus.* Je n'avais pas oublié qu'en 1823, dans sa brillante plaidoirie en faveur de la veuve Boursier, Me Couture s'écriait avec l'accent de la conviction : « On a trouvé de l'arsenic dans le canal digestif de M. Boursier; mais le cadavre n'a été examiné qu'un mois après l'inhumation par M. Orfila; oserait-on affirmer que ce métal ne s'est pas formé de toutes pièces, ou bien encore qu'il n'existait pas dans le corps du malheureux Boursier, bien avant l'invasion de la maladie qui l'a conduit au tombeau? »

Ces motifs m'engagèrent à soumettre les organes de l'économie animale à l'action d'un réactif plus énergique que l'eau et plus capable de mettre en évidence l'arsenic qu'ils peuvent contenir, et, dès le 15 janvier 1839, je déposai à l'Académie royale de médecine un second paquet cacheté dans lequel je disais :

« Après avoir fait bouillir pendant six heures un cadavre humain coupé par morceaux avec de l'eau distillée et de la potasse à l'alcool, je me suis assuré que le *decoctum* ne contenait aucune préparation arsenicale.

« La chair musculaire ainsi épuisée par l'eau, traitée avec les os par l'eau régale bouillante pendant une heure et demie, a

(1) V. les numéros d'octobre et de novembre 1839 et de mars 1840.

fourni un *solutum* dans lequel *il y a de l'arsenic* sous un état qu'il m'est impossible d'indiquer encore. Ce métal se trouve-t-il dans les chairs ou dans les os? Je présume que c'est dans ces derniers.»

Dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux, il y a absorption d'une petite proportion du poison que l'on peut retrouver dans le sang ou en traitant, d'une part, l'ensemble des viscères, et, d'autre part, les muscles. Peut-être suffira-t-il d'agir sur un des viscères seulement pour mettre l'arsenic en évidence.

Après ce court historique, l'Académie jugera quels sont les droits de M. Couerbe et les miens à la découverte de l'arsenic dans le corps de l'homme. M. Concrbe, jeune chimiste, à qui des travaux importants ont déjà assigné un rang distingué dans la science, a dit le premier qu'il lui semblait que, *pendant la putréfaction*, il se développe dans les cadavres humains une certaine quantité d'arsenic; j'ai depuis démontré l'existence de ce métal dans les cadavres humains *frais ou putrifiés*.

Dès lors, il nous parut convenable et naturel de nous associer pour étudier en commun tout ce qui se rapporte à la présence de l'arsenic dans le corps de l'homme; ainsi, dans quel état et dans quelle proportion le composé arsenical s'y trouve-t-il dans les différents âge de la vie; en existe-t-il chez tous les animaux; la proportion de ce métal est-elle plus forte après une inhumation prolongée que lorsque les cadavres sont frais; quelle peut-être l'origine de ce corps; est-il introduit dans l'économie animale par une ou plusieurs espèces d'aliments, ou se produit-il par suite de décompositions encore inconnues? Telles sont les questions importantes que nous devons chercher à résoudre, et que nous aurions déjà abordées si, depuis plusieurs mois, M. Couerbe n'était absent de Paris. Je dois à ce collaborateur de ne pas les traiter avant son retour; aussi mon intention n'est-elle pas de vous en entretenir aujourd'hui; ce mémoire n'a pour objet que d'établir : 1° qu'il existe de l'arsenic dans les os humains; 2° qu'on n'en obtient pas des viscères en les traitant séparément par les procédés mis en usage jusqu'à ce jour pour découvrir ce métal; 3° qu'il n'est pas prouvé que les muscles en contiennent; 4° qu'il est toujours possible dans une expertise médico-légale relative à l'empoisonnement par l'acide arsénieux, de décider positivement que l'arsenic obtenu du sang, des viscères ou des muscles sur lesquels on expérimente, n'est pas celui qui existe naturellement dans le corps de l'homme, et qu'il provient d'un composé arsenical introduit dans une de nos cavités ou appliqué à l'extérieur.

Ce travail, comme on le voit, est un complément nécessaire de mes recherches sur l'absorption. Il est tout-à-fait du ressort de la médecine légale, et je ne saurais en différer plus long-temps la publication.

A. *Il existe de l'arsenic dans les os humains.*

Expérience première. — J'ai calciné avec précaution des os d'un adulte âgé de quarante-six ans, en les tenant au-dessus d'un grand fourneau rempli de charbon ardent, de manière à ce qu'il n'y eût pas de contact entre ces os et le charbon; j'ai arrêté l'action du feu dès que le produit de la calcination est devenu friable, et *d'un blanc grisâtre, mélangé de points noirs;* j'ai réduit en poudre et tamisé huit onces de ces os calcinés, que j'ai transformés en une pâte molle d'un *gris noirâtre* à l'aide d'une certaine quantité d'eau distillée, et de trois onces d'acide sulfurique pur, ne contenant point d'arsenic : quatre jours après, j'ai ajouté de l'eau distillée et j'ai fait bouillir le mélange pendant cinq heures, en remplaçant l'eau à mesure qu'elle s'évaporait. Le liquide filtré, mis dans l'appareil de Marsh, a fourni de nombreuses taches arsenicales brunes, très brillantes et fort épaisses.

Expérience deuxième.—J'ai souvent répété cette expérience avec la même proportion d'os provenant d'autres cadavres d'adultes morts depuis quelques jours, ou *inhumés* depuis plusieurs mois; le résultat a été constamment le même.

Expérience troisième. — Il m'a été, au contraire, impossible de retirer la moindre trace d'arsenic en traitant *de la même manière* et par les mêmes agents douze et même vingt-quatre onces d'os de plusieurs adultes, que j'avais calcinés au milieu des charbons ardents et à une température tellement élevée, que la poudre qu'ils avaient fournie était *blanche* au lieu d'être d'un blanc grisâtre et légèrement charbonnée.

Expérience quatrième. — J'ai traité *séparément* par l'eau et par l'acide sulfurique pur huit onces d'os de chien, de bœuf et de mouton, calcinés exactement comme l'avaient été ceux dont il a été parlé aux expériences première et deuxième. Les liquides acides provenant de l'ébullition ont tous fourni des taches arsenicales intenses.

Expérience cinquième. — J'ai fait une pâte molle avec six onces d'os calcinés *du commerce* réduits en poudre fine, de l'eau et deux onces d'acide sulfurique *distillé*, privé d'acide nitrique et ne contenant point d'arsenic (1); cette pâte a été abandonnée à elle-même : au bout de trois jours, je l'ai fait bouillir pendant quatre heures avec une livre

(1) Les os du commerce que j'ai constamment employés dans mes expériences consistaient en un mélange d'os de bœuf, de mouton, de cheval et d'âne. Ils étaient friables et d'un blanc grisâtre; on voyait çà et là quelques points noirs charbonneux; la poudre qu'ils fournissaient était d'un gris clair. On sait que l'on procède à la calcination de ces os en les plaçant sur une grille, au-dessous de laquelle se trouve le charbon de terre qui sert à les brûler, et qui, par conséquent, n'est pas en contact avec eux.

d'eau distillée ; la liqueur filtrée, rapprochée par l'évaporation et mise dans l'appareil de Marsh, a fourni bon nombre de taches arsenicales larges et brillantes.

Expérience sixième. — Après avoir fait une pâte molle avec six onces d'os *du commerce* calcinés, de l'eau et trois onces d'acide sulfurique *pur*, je l'ai abandonnée à elle-même : au bout de vingt-quatre heures, je l'ai chauffée, pendant deux heures, à une température de cinquante degrés, après avoir ajouté de l'eau ; la liqueur filtrée et concentrée par l'évaporation a donné de nombreuses taches arsenicales quand on l'a mise dans l'appareil de Marsh.

Expérience septième. — J'ai traité quinze onces d'os calcinés *du commerce* avec de l'eau et sept onces d'acide sulfurique *pur;* la pâte molle, abandonnée à elle-même pendant trois jours, à la température ordinaire, a été mise en contact avec un litre et demi d'eau à cinquante degrés pendant deux heures, puis elle a été jetée sur une toile blanche ; le liquide évaporé jusqu'aux deux tiers de son volume a été filtré sur un filtre de papier blanc, et partagé en trois parties égales. L'une d'elles, du poids de *trois onces cinq gros*, mise dans l'appareil de Marsh, a fourni, pendant plus de trois quarts d'heure, de belles et larges taches arsenicales brunes et brillantes. Une autre *portion*, évaporée jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine, a laissé *une once trois gros* de matière solide que j'ai fait dissoudre dans quatre onces d'eau chaude, et que j'ai introduite dans un appareil qui n'avait jamais servi et que je venais d'essayer ; j'ai obtenu autant d'arsenic que du premier tiers. Enfin, la troisième portion a été vitrifiée dans un creuset de platine lavé à la potasse. Les *six gros et demi* de verre provenant de cette opération, réduits en *poudre impalpable* dans un mortier d'agathe très-propre, et soumis à l'action de l'eau, du zinc et de l'acide sulfurique *pur*, *ont donné moins d'arsenic* que chacun des deux autres tiers.

Expérience huitième.—En introduisant dans l'appareil de Marsh *une once* de phosphate acide de chaux mielleux et très épais *du commerce*, préparé avec douze parties d'os calcinés et sept d'acide sulfurique, j'ai obtenu de *nombreuses taches arsenicales*, larges et fortement colorées. J'ai ensuite vitrifié dans un creuset de platine une assez grande quantité de ce même phosphate pour avoir deux onces de matière ; la moitié de ce verre avait été obtenue à une température très élevée et long-temps soutenue, tandis que l'autre moitié avait été préparée à une température beaucoup moins forte. Les deux échantillons de verre, réduits séparément en poudre impalpable, ont été placés dans deux appareils de Marsh, et n'ont donné qu'un *petit nombre* de taches arsenicales.

J'ai constamment remarqué, en faisant ces expériences, qu'il était avantageux, pour retirer l'arsenic du phosphate acide de chaux, d'opérer avec une flamme de trois lignes environ plutôt qu'avec une flamme trop faible.

Expérience neuvième. — Voulant éviter toute source d'erreur, et craignant que l'on n'objectât que l'arsenic obtenu avec l'acide sulfurique *pur* provenait de cet acide, j'en ai saturé trois onces par du marbre blanc, c'est-à-dire autant que j'en avais employé dans la plupart de mes expériences ; j'ai laissé déposer le sulfate de chaux produit, et j'ai successivement introduit dans un appareil de Marsh le liquide qui surnageait le sel et celui-ci ; il m'a été impossible de retirer la moindre parcelle d'arsenic. Le résultat a été le même en agissant sur quatre onces de cet acide pur que j'avais préalablement saturé par de la potasse à l'alcool.

Expérience dixième. — J'ai souvent fait bouillir avec de l'eau, dans des capsules de porcelaine, pendant douze heures, quatre ou cinq livres d'os humains d'adultes réduits en petits fragments ; ces os étaient frais ou secs, et je n'ai jamais pu constater dans les dissolutions aqueuses la moindre trace d'arsenic.

Expérience onzième. — J'ai fait bouillir dans une capsule de porcelaine, pendant six heures, avec une once de potasse à l'alcool et de l'eau distillée six onces d'os *du commerce* calcinés et réduits en poudre fine ; j'ai ajouté de l'eau au fur et à mesure qu'il s'en évaporait. La liqueur filtrée, saturée par l'acide sulfurique pur et introduite dans l'appareil de Marsh, n'a pas tardé à fournir des taches d'un jaune serin, brillantes, volatiles, solubles dans l'acide nitrique et évidemment arsenicales.

Je me suis assuré, en traitant une once de la même potasse à l'alcool par le même acide dans un autre appareil de Marsh, que le mélange ne donnait aucune tache et par conséquent aucune trace d'arsenic.

Expérience douzième. — J'ai recommencé l'expérience précédente avec douze onces d'os calcinés, finement pulvérisés ; la liqueur filtrée, saturée par l'acide sulfurique pur et introduite dans un appareil de Marsh, a aussitôt donné des taches jaunes, brillantes, entièrement semblables aux précédentes. Il était cependant facile de voir que la potasse n'avait pas, ni à beaucoup près, séparé tout l'arsenic que contenaient les douze onces d'os calcinés. Pour qu'il ne restât aucun doute sur ce dernier fait, j'ai tenté l'expérience suivante.

Expérience treizième. — J'ai transformé en une pâte molle les os qui avaient bouilli pendant six heures avec de la potasse à l'alcool, en les mélangeant avec de l'eau et quatre onces d'acide sulfurique *pur;* après trois jours de réaction à la température ordinaire, j'ai

soumis le mélange à l'ébullition pendant quatre heures ; la liqueur filtrée, introduite dans l'appareil de Marsh, a fourni des taches si larges, si belles et si nombreuses que j'ai dû rechercher si par hasard, et contre toute attente, cet arsenic ne proviendrait pas de l'acide sulfurique.

J'ai en conséquence fait bouillir dans une capsule de porcelaine neuve avec du nitre en poudre *huit onces de cet acide*, c'est-à-dire deux fois autant que j'en avais employé pour décomposer les os : après quatre heures de réaction, et lorsqu'il ne se dégageait plus de gaz nitreux ni d'acide nitrique, j'ai introduit séparément dans deux appareils de Marsh et la liqueur sulfurique et le sulfate acide de potasse cristallisé et lavé ; *il ne s'est pas dégagé un atome d'arsenic.*

Expérience quatorzième. — Après avoir laissé pendant deux jours douze onces d'os *du commerce* calcinés, en contact avec un mélange de deux onces d'acide nitrique *pur* à quarante et un degrés et de dix onces d'eau, j'ai filtré la liqueur et je l'ai fait évaporer jusqu'à siccité; le produit du poids de neuf onces et d'une couleur blanche, après avoir été réduit en une pâte molle au moyen de l'eau et de trois onces d'acide sulfurique *pur*, a été abandonné à lui-même ; au bout de trois jours, on l'a fait bouillir pendant quatre heures avec de l'eau distillée, et l'on s'est assuré que la liqueur filtrée fournissait de l'arsenic à l'aide de l'appareil de Marsh.

Il résulte de ces expériences, 1° que les os de l'homme adulte, du chien, du bœuf et du mouton, contiennent une faible proportion d'un composé arsenical, dont on peut démontrer l'existence à l'aide de la potasse à l'alcool, mais surtout par l'acide sulfurique *pur;* 2° que cette portion, en ce qui concerne l'homme, ne semble pas augmentée après six mois d'inhumation ; 3° que l'on en retire davantage du phosphate acide de chaux mielleux que du même phosphate vitrifié, parce que l'arsenic se volatilise en partie pendant la vitrification ; 4° que la condition la plus favorable dans laquelle on puisse se placer pour démontrer la présence de cet arsenic paraît être d'agir sur des os qui n'ont pas été trop fortement calcinés et qui n'ont pas été en contact avec du charbon à une température élevée; 5° qu'il est impossible d'obtenir un atome d'arsenic des os en les faisant bouillir simplement avec de l'eau ; 6° qu'il faut dès lors admettre que l'arsenic que l'on pourrait extraire en traitant par *l'eau bouillante* les os du cadavre d'un individu que l'on soupçonnerait avoir été empoisonné, ne provient pas du composé arsenical naturellement contenu dans les os, mais bien de celui qui a été absorbé.

B. *On n'obtient pas d'arsenic des viscères de l'homme, en les traitant séparément par les procédés mis en usage jusqu'à ce jour pour découvrir ce métal.*

Expérience quinzième. — Les poumons, le cœur, le foie, la rate, le canal digestif et les reins d'un chien bien portant, que l'on venait de pendre, ont été desséchés séparément et traités par le nitre, d'après le procédé décrit dans mon premier mémoire; aucun de ces organes n'a fourni de l'arsenic.

Expérience seizième.—Le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins et le canal digestif d'un homme de quarante ans, mort à la suite d'une blessure du cou, et non empoisonné, ont été coupés par morceaux et carbonisés séparément, *sans avoir été desséchés*, par de l'acide nitrique concentré, distillé sur du nitrate d'argent, et marquant quarante et un degrés à l'aréomètre de Baumé. Les charbons obtenus ont été traités par l'eau bouillante pendant vingt ou vingt-cinq minutes, et les liqueurs en provenant ont été filtrées et introduites dans des appareils de Marsh. On n'a pu apercevoir aucune trace d'arsenic. A la vérité, les proportions d'acide employé avaient été trop faibles pour que les carbonisations fussent instantanées ; loin de là, je m'étais vu dans la nécessité de chauffer les charbons pendant plus d'une demi-heure dans des capsules de porcelaine pour les dessécher, et il s'était constamment dégagé de la fumée pyrogénée : aussi devenait-il indispensable de répéter ces expériences.

Expérience dix-septième. — J'ai carbonisé douze onces de sang humain desséché et pesant trois onces, par sept onces d'acide nitrique pur, marquant quarante et un degrés; six onces de masse cérébrale sèche représentant un cerveau et un cervelet d'adulte, par deux livres d'acide, deux poumons secs du poids de cinq onces et demie par une livre d'acide; un cœur pesant une once six gros, par cinq onces d'acide ; le foie desséché du même individu, du poids de douze onces, par deux livres deux onces d'acide; une rate sèche, pesant une once deux gros, par trois onces et demie d'acide ; les deux reins desséchés, pesant ensemble deux onces, par six onces d'acide ; l'estomac et les intestins secs, du poids de trois onces, par huit onces d'acide.

Tous ces organes avaient été desséchés à une douce chaleur dans des capsules de porcelaine, après avoir été préalablement mélangés avec quelques grains de potasse à l'alcool.

Les diverses carbonisations avaient été opérées sans incandescence, sans flamme et sans dégagement d'odeur pyrogénée ; elles avaient été rapides et telles qu'on pouvait les désirer. Les charbons étaient légers, plus ou moins gras, et fort peu acides. En les faisant bouillir séparément avec huit ou dix onces d'eau pendant demi-heure environ, j'ai obtenu des liqueurs en général brunes ou noirâtres, qui, après avoir été filtrées et mises dans des appareils de Marsh, n'ont

fourni aucune trace d'arsenic, quoique les flammes fussent bonnes.

A la vérité, en maintenant pendant une minute ou deux l'extrémité du tube enflammé sur un même point de l'assiette de porcelaine, j'obtenais des taches *blanches opaques* semblables à celles dont je parlerai à la page 483; mais comme ces taches se produisaient aussi bien lorsque je me servais d'eau, du même zinc et du même acide, *sans addition de matière organique*, il est évident qu'on ne peut pas les considérer comme provenant de ces matières.

Expérience dix-huitième. — J'ai fait bouillir pendant six heures, dans l'eau distillée, le foie d'un adulte que j'avais préalablement coupé par petits morceaux; la liqueur filtrée a été acidulée par l'acide chlorhydrique et soumise pendant deux heures à un courant de gaz acide sulfhydrique; au bout de quinze jours, il s'était déposé un précipité blanc jaunâtre, que j'ai séparé à l'aide du filtre, et traité à plusieurs reprises par de l'eau mélangée avec un cinquantième de son poids d'ammoniaque liquide; j'ai ensuite laissé le filtre pendant six heures dans ce liquide ammoniacal. La liqueur filtrée de nouveau et saturée par l'acide chlorhydrique, a donné un précipité d'un jaune sale, que j'ai desséché et brûlé par l'acide nitrique, et dont il m'a été impossible de retirer la moindre trace d'arsenic à l'aide de l'appareil de Marsh.

Expérience dix-neuvième. Les décoctions aqueuses obtenues de la même manière avec la rate, les reins, le canal digestif, les poumons, le cœur ou le cerveau, ayant été traitées comme la décoction du foie, par l'acide sulfhydrique, se sont comportées de même.

Conclurons-nous des expériences qui précèdent que le sang, le cerveau, les poumons, le cœur, le canal digestif, le foie, la rate et les reins ne contiennent réellement pas d'arsenic à l'état normal? Non assurément; on doit se borner à dire qu'ils n'en fournissent pas lorsqu'on les traite par l'eau bouillante pendant plusieurs heures et par l'acide sulfhydrique, ou quand on les carbonise par l'acide nitrique concentré. On sentira la nécessité d'une pareille restriction, si l'on se rappelle que le gaz acide sulfhydrique ne précipite pas l'arsenic des décoctions animales, qui n'en renferme que des atomes, et, d'un autre côté, que si l'acide nitrique est parmi les agens capables de détruire les matières animales, celui qui, dans l'état actuel de nos connaissances, permet de découvrir plus facilement l'arsenic qui pourrait exister dans nos organes, il est pourtant vrai de dire qu'il est loin de pouvoir déceler la totalité du poison qu'ils contiennent, et qu'il s'en perd notablement pendant la carbonisation qu'il détermine; dès lors, comment affirmer que si nous n'en avons pas extrait des viscères et du sang soumis à nos expériences, c'est parce qu'ils n'en renferment réellement pas? Serait-il donc impossible qu'il y en eût une proportion très-minime, que l'acide sulfhydrique ne pourrait pas déceler, et qui se volatiliserait en partie pendant la carbonisation, tandis que le charbon produit n'en retiendrait pas assez pour le rendre sensible, même dans l'appareil de Marsh? Qui sait si, en agissant à la fois sur quinze ou vingt cerveaux, ou sur un nombre égal de foies, de poumons, etc., on ne parviendrait pas à démontrer l'existence de ce métal? Peut-être aussi découvrira-t-on un autre procédé d'extraction, meilleur que celui que je conseille d'adopter aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, il suffit, pour les besoins de la médecine légale, de savoir que les viscères précipités et le sang ne fournissent point d'arsenic par l'eau bouillante ou par l'acide nitrique, quand ils appartiennent à un individu qui n'a été ni empoisonné ni soumis à l'action d'une médication arsenicale, tandis qu'on en obtient constamment lorsqu'on agit sur les mêmes organes de personnes empoisonnées par l'acide arsénieux.

C. *Il n'est pas prouvé que les muscles contiennent de l'arsenic.*

Expérience vingtième. — J'ai fait bouillir pendant six heures dans une capsule de porcelaine *trois grains* de potasse à l'alcool et cinq livres de chair musculaire d'un adulte qui n'avait pris aucune préparation arsenicale; la chair désossée avait été coupée en petits morceaux; le *decoctum* dégraissé et refroidi était légèrement acide; évaporé jusqu'à siccité, il a laissé un résidu du poids de deux onces et demie que j'ai décomposé à une douce chaleur, par huit onces d'acide pur marquant quarante et un degrés: dès que la liqueur a noirci, la carbonisation a eu lieu instantanément et sans incandescence; le charbon un peu gras et léger, après avoir bouilli pendant vingt-cinq minutes avec huit onces d'eau distillée, a fourni un liquide noirâtre légèrement acide, que j'ai introduit dans l'appareil de Marsh et qui m'a fourni plusieurs taches blanches opaques et volatiles, trois petites taches brunes et ternes, et deux autres taches petites, brillantes, d'un jaune tirant légèrement sur le brun.

La chair musculaire épuisée par l'eau et parfaitement desséchée pesait vingt-deux onces; je l'ai carbonisée par quatre livres quatre onces d'acide nitrique pur à quarante et un degrés. Le charbon, traité par une livre d'eau bouillante, a donné un *solutum* rougeâtre légèrement acide, dont j'ai extrait quelques taches semblables aux précédentes.

Expérience vingt-et-unième. J'ai répété cette expérience avec quatre livres de chair musculaire d'un adulte normal, également désossée et sans addition de potasse à l'alcool; le produit sec du *decoctum* pesait deux

onces; carbonisé par six onces d'acide nitrique à quarante et un degrés, il m'a fourni un charbon, qui, ayant bouilli pendant vingt-cinq minutes avec de l'eau, a donné un liquide noir, non acide, dont j'ai retiré par l'appareil de Marsh, et avec une flamme d'une ou de deux lignes, bon nombre de taches blanches, opaques, larges et très-visibles.

Expérience vingt-deuxième. — Après avoir fait bouillir dans deux grandes capsules de porcelaine, pendant six heures avec de l'eau distillée et *sans addition de potasse*, *douze* livres de chair musculaire d'un adulte normal, et avoir dégraissé et desséché la décoction, j'ai obtenu cinq onces deux gros d'un produit que j'ai carbonisé par une livre d'acide nitrique; le charbon traité par l'eau bouillante pendant une demi-heure a donné une liqueur noire, légèrement acide, qui, étant mise dans l'appareil, a fourni beaucoup de taches, les unes blanches opaques et larges; d'autres offraient çà et là des portions brillantes, bleuâtres; enfin, il y en avait qui étaient d'un brun très-clair, brillantes, volatiles et qui paraissaient arsenicales; l'acide nitrique concentré, toutefois, ne les dissolvait point, mais en avivait la couleur; ces taches perdaient leur teinte brune par leur exposition à l'air, et devenaient blanches opaques.

La chair musculaire provenant de cette opération, desséchée aussi bien que possible, pesait deux livres. J'en ai carbonisé la moitié avec trois livres d'acide nitrique à quarante et un degrés; le charbon, traité par l'eau bouillante pendant vingt-cinq minutes, a fourni un liquide noir, à peine acide, qui, mis dans l'appareil de Marsh, a également donné bon nombre de taches semblables aux précédentes.

L'autre livre de cette chair musculaire déjà sèche, après avoir bouilli pendant trois heures avec de l'eau distillée et *deux gros de potasse à l'alcool*, a été desséchée de nouveau et carbonisée avec trois livres d'acide nitrique. Le charbon, traité par l'eau bouillante une demi-heure, a donné un liquide noir, peu acide, qui, mis dans l'appareil de Marsh avec deux onces d'huile d'olives, n'a pas tardé à fournir un grand nombre de taches d'un brun très-clair, brillantes, volatiles, semblables, quant à l'aspect, aux taches arsenicales; mais elles perdaient leur couleur après quelques heures d'exposition à l'air et n'étaient point solubles dans l'acide nitrique froid.

Expérience vingt-troisième. J'ai fait bouillir dans une capsule de porcelaine, pendant six heures, quatre livres de chair musculaire d'un adulte normal avec de l'eau et la quantité de potasse à l'alcool nécessaire pour que la liqueur *fût constamment alcaline;* la décoction, dégraissée et évaporée, a laissé deux onces d'un produit sec que j'ai carbonisé avec six onces d'acide nitrique. Le liquide provenant de l'action de l'eau bouillante sur le charbon était noir et neutre; il m'a fourni, avec l'appareil de Marsh, un grand nombre de taches larges, jaunâtres ou d'un brun clair, brillantes et volatiles comme les précédentes; la flamme était longue de deux lignes et assez large, et il se déposait facilement de ces taches, soit qu'on l'appuyât sur la capsule, soit que la porcelaine fût placée dans la flamme de réduction.

Expérience vingt-quatrième. — Après avoir fait bouillir dans deux capsules de porcelaine, pendant six heures, avec de l'eau distillée et *une once* de potasse à l'alcool, *douze* livres de chair musculaire d'un adulte normal, j'ai dégraissé et fait évaporer la décoction jusqu'à siccité; le produit, du poids de six onces, a été carbonisé par dix-huit onces d'acide nitrique pur à quarante et un degrés, mais déjà fortement *jauni* par l'action de la lumière. La carbonisation s'est opérée promptement et sans incandescence. J'ai fait bouillir le charbon pendant une demi-heure avec une livre d'eau distillée; la liqueur filtrée, noire et à peine acide, a été introduite dans l'appareil de Marsh, et n'a pas tardé à donner plus de deux cents taches larges, les unes blanches et opaques, les autres blanches brillantes avec un reflet bleuâtre ou couleur de rouille; on en voyait aussi de jaunes, et d'autres d'un brun très-clair, brillantes, et offrant l'aspect de l'arsenic. Toutes ces taches se volatilisaient assez facilement à la flamme du gaz hydrogène et devenaient ternes par leur exposition à l'air; celles qui étaient d'un brun clair perdaient promptement leur couleur; l'acide nitrique pur concentré, mais déjà jauni par la lumière, fonçait davantage la couleur des taches brunes et n'en dissolvait aucune *à froid.* Le même acide presque bouillant, employé à la dose *d'un gros et demi*, les faisait disparaître toutes, et, en évaporant la dissolution jusqu'à siccité dans une petite capsule, on obtenait un résidu *jaune,* qui, mis sur les charbons ardents, n'exhalait point d'odeur alliacée, et que le nitrate d'argent ne colorait point *instantanément* en rouge brique; au contraire, le mélange devenait plus jaune et prenait une couleur noire par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque; au bout de deux jours, on voyait distinctement sur les parois de la capsule une teinte d'un brun rougeâtre analogue à celle que donne un mélange de matière jaune, de nitrate d'argent et d'ammoniaque abandonné pendant deux jours à lui-même.

Expérience vingt-cinquième. — En agissant de la même manière sur douze livres de chair musculaire d'un autre adulte, j'ai obtenu le même résultat.

Expérience vingt-sixième. — J'ai fait bouillir pendant six heures dans deux capsules

de porcelaine avec de l'eau distillée et *une once* de potasse à l'alcool, *quinze* livres de chair musculaire d'un adulte mort la veille d'une pneumonie aiguë. La décoction refroidie, dégraissée et filtrée, a été évaporée jusqu'à siccité. Le produit sec du poids de sept onces a été carbonisé par vingt onces d'acide nitrique *incolore*, récemment distillé sur du nitrate d'argent et marquant quarante et un degrés. Le charbon, après avoir bouilli pendant une demi-heure avec de l'eau distillée, a fourni un liquide noir, à peine acide, qui a été filtré et mis dans un appareil de Marsh, avec deux onces d'huile d'olives. Quelques minutes après, j'ai recueilli des taches nombreuses offrant des aspects aussi variés que celles que j'avais obtenues dans l'expérience précédente. Après avoir dissous ces taches dans deux gros d'acide nitrique pur *incolore*, étendu de son volume d'eau et bouillant, j'ai évaporé la dissolution jusqu'à siccité; le produit *blanc* et assez abondant, mis sur les charbons ardents, est devenu brun et ne répandait ni fumée ni odeur alliacée; le nitrate d'argent peu acide l'a *jauni* sans qu'il ait été possible d'apercevoir la moindre nuance *rouge brique;* par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque, le mélange a pris une teinte plus foncée, qui, au bout de deux jours, ressemblait assez à celle du chocolat (1).

J'avais préablement essayé l'appareil de Marsh avec deux onces de la même huile d'olives, et un peu d'acide nitrique, et je n'avais recueilli que quelques taches blanches opaques insignifiantes.

Expérience vingt-septième.— Voulant m'assurer que la potasse à l'alcool et l'acide sulfurique dont je m'étais servi ne fournissaient point des taches semblables aux précédentes, j'ai saturé une once de cet alcali par cet acide, et j'ai introduit la liqueur dans l'appareil de Marsh; il m'a été impossible d'apercevoir le moindre dépôt sur la porcelaine.

Expérience vingt-huitième.—Il était important de savoir si le gaz acide sulfhydrique précipiterait une certaine quantité de sulfure d'arsenic, du *decoctum* dégraissé de la chair musculaire. J'ai en conséquence fait bouillir

---

(1) L'acide nitrique dissout rapidement les taches arsenicales; ce réactif étant sans contredit l'agent le plus précieux pour caractériser ces taches, je me hâte de faire connaître les conditions dans lesquelles il doit se trouver pour ne pas induire les experts en erreur.

1° J'ai évaporé jusqu'à siccité deux gros d'acide nitrique distillé sur du nitrate d'argent, marquant quarante et un degrés et déjà fortement jauni par la lumière solaire, et j'ai obtenu un résidu *jaune* assez abondant, insoluble dans l'eau bouillante, qui devenait rougeâtre par une forte action de la chaleur, sans répandre de fumée, ni laisser de charbon.

2° Quelques gouttes du même acide ont à peine laissé un léger résidu blanchâtre.

3° Deux gros de cet acide jaune, distillé de nouveau sur du nitrate d'argent et presque *incolore*, ont laissé, après l'évaporation, un résidu jaune cinq ou six fois moindre que celui de l'expérience première.

4° Deux gros de cet acide distillé et presque incolore, jauni de nouveau par la lumière solaire, ont donné un résidu *jaune* qui n'était pas sensiblement plus abondant que le précédent.

5° Deux gros d'acide nitrique *incolore* pur, mais étendu d'eau, n'ont point fourni de résidu.

6° Six taches arsenicales assez larges, dissoutes dans trois, six, huit ou dix gouttes d'acide nitrique jaune pur, marquant quarante et un degrés, fournissent après l'évaporation un résidu blanc que le nitrate d'argent colore *instantanément* en rouge brique. Si, au lieu de mettre le résidu en contact avec ce nitrate, on le fait dissoudre dans l'eau bouillante et que l'on soumette le liquide à un courant de gaz acide sulfhydrique, il ne se dépose point de sulfure jaune d'arsenic, au bout de vingt heures, même après avoir fait bouillir la liqueur pendant quelques minutes. On obtient des résultats semblables en substituant à l'acide jaune l'acide *incolore* concentré.

7° Douze taches arsenicales assez larges, dissoutes dans deux gros d'acide nitrique pur *jaune* à quarante et un degrés, laissent un résidu jaune foncé qui ne *change pas* de couleur par le nitrate d'argent, même avec addition d'ammoniaque.

8° Douze taches arsenicales assez larges, dissoutes dans deux gros d'acide nitrique *jaune* pur à quarante-et-un degrés, laissent un résidu jaune très-abondant, qui, étant traité par l'eau bouillante, ne se dissout pas en entier, même après plusieurs minutes d'ébullition; la liqueur filtrée, soumise à un courant de gaz acide sulfhydrique, devient opaline et se conserve dans cet état pendant vingt-quatre heures, quoiqu'on l'ait fait bouillir. Si, au lieu d'acide jaune concentré, on a employé deux gros d'acide incolore pur et *étendu d'eau*, le gaz acide sulfhydrique ne tarde pas à précipiter du sulfure jaune d'arsenic.

Il résulte évidemment de ces faits, *a* que, pour reconnaître si des taches sont arsenicales, il faut dissoudre ces taches dans quelques gouttes seulement d'acide nitrique pur *incolore* et étendu de son volume d'eau distillée; *b* que le nitrate d'argent est un réactif plus sensible que le gaz acide sulfhydrique; *c* qu'en faisant usage d'acide nitrique, qui, étant évaporé, a laissé une matière jaune, on ne peut plus constater les caractères de l'arsenic, si les taches sont peu nombreuses, et que la proportion d'acide employé soit un peu forte.

Nitrate d'argent. Si le nitrate d'argent dont on se sert était par trop acide, il ne se manifesterait de précipité rouge brique qu'autant que l'on saturerait l'excès d'acide par un alcali, et notamment par une ou deux gouttes d'ammoniaque.

Gaz acide sulfhydrique. Quoique ce gaz soit moins sensible pour déceler les atomes d'arsenic que le nitrate d'argent, il importe, si après le traitement par ce nitrate on peut encore disposer de quelques taches, de dissoudre celles-ci dans quelques gouttes d'acide nitrique pur incolore et étendu d'eau; la dissolution, évaporée jusqu'à siccité, fournira un résidu blanc que l'on dissoudra dans l'eau bouillante; en soumettant le *solutum* à l'action du gaz acide sulfhydrique et d'une ou deux gouttes d'acide chlorhydrique, on ne tardera pas à obtenir du sulfure jaune d'arsenic, surtout si on élève la température de la liqueur jusqu'à l'ébullition.

pendant six heures avec de l'eau distillée douze livres de muscles provenant d'un adulte mort la veille d'une attaque d'apoplexie. La décoction, du volume de quatre litres, dégraissée, filtrée et acidulée par l'acide chlorhydrique a été soumise pendant trois heures à un courant de gaz acide sulfhydrique. Au bout de vingt jours, il s'était déposé un précipité gris blanchâtre abondant, et la liqueur qui le surnageait, assez claire, offrait une couleur jaunâtre. J'ai filtré le tout, et, après avoir suffisamment lavé la matière qui était sur le filtre, je l'ai desséchée et carbonisée par de l'acide nitrique pur à quarante et un degrés. Le charbon, traité par l'eau bouillante, a donné un liquide dont il m'a été impossible de retirer *la moindre tache*, à l'aide de l'appareil de Marsh.

Expérience vingt-neuvième. — J'ai agi de la même manière avec quatre litres de bouillon de bœuf, dit *de la Compagnie hollandaise*, et j'ai obtenu le même résultat.

Peut-on conclure de ces expériences que la chair musculaire de l'homme adulte contient de l'arsenic? Non, certes; en effet, la décoction aqueuse, préparée avec douze livres de cette chair, et soumise pendant trois heures à un courant de gaz acide sulfhydrique, n'avait point fourni de sulfure d'arsenic, même au bout de vingt jours; il est vrai que l'on pourra objecter que les choses se passent ainsi toutes les fois que l'on agit avec ce gaz sur une grande quantité de matière animale mélangée de proportions infiniment petites d'arsenic, et que l'on ne saurait par conséquent se prévaloir uniquement de l'absence de ce caractère pour résoudre le problème qui m'occupe. Soit; mais alors je ferai observer que les taches que fournit la chair musculaire, traitée par l'acide nitrique, ne présentent pas l'ensemble des propriétés des taches arsenicales. Ne sait-on pas, en effet, que celles-ci sont *toutes* ou presque toutes brunes, brillantes, qu'elles sont volatiles, solubles à froid dans l'acide nitrique, et qu'il n'en faut guère que six ou sept d'une moyenne largeur, pour obtenir avec cet acide pur, étendu d'eau et incolore, un produit *blanc* qui répand une odeur alliacée sur les charbons ardents, et que le nitrate d'argent colore *instantanément* en rouge brique; tandis que les taches nombreuses que l'on retire de la décoction aqueuse de la chair musculaire ou de cette chair elle-même, sont blanches opaques ou blanches brillantes, avec un reflet bleuâtre ou couleur de rouille, ou jaunes, ou bien d'un brun très-clair et légèrement miroitantes; elles ne se volatilisent pas en général aussi facilement que les précédentes, ne se dissolvent pas dans l'acide nitrique *froid*, et lorsqu'on en a fait dissoudre *deux cents* environ dans ce menstrue pur, étendu d'eau, incolore et *bouillant*, on obtient, par l'évaporation, un résidu *blanc* qui n'exhale ni fumée ni odeur d'ail sur les charbons ardents, et que le nitrate d'argent ne colore pas en rouge brique.

Toutefois, si je n'affirme pas que la chair musculaire contient de l'arsenic, je me garderai bien de conclure de mes expériences qu'elle n'en renferme pas; les considérations suivantes justifieront mon hésitation à cet égard : 1° il ne serait pas impossible que les taches, d'aspect varié, qu'elle fournit fussent formées d'une matière organique et d'une proportion excessivement minime d'arsenic : on concevrait alors qu'un pareil composé n'offrît pas tous les caractères des taches simplement arsenicales; 2° il se pourrait qu'en traitant la chair musculaire de deux ou trois adultes, c'est-à-dire soixante ou quatre-vingts livres, au lieu d'agir sur douze ou quinze livres, comme je l'ai fait, on parvînt à retirer assez de matière pour isoler l'arsenic qu'elle renfermerait et le caractériser; 3° enfin, si l'on découvre un procédé meilleur que celui que j'ai employé, on perdra moins d'arsenic qu'il ne s'en perd lorsqu'on carbonise les matières organiques par l'acide nitrique, et peut-être arrivera-t-on ainsi à démontrer la présence de ce métal dans les muscles.

D. *Il est toujours possible, dans une expertise médico-légale relative à l'empoisonnement par l'acide arsénieux, de décider positivement que l'arsenic, obtenu du sang ou des organes sur lesquels on expérimente, n'est pas celui qui existe naturellement dans le corps de l'homme, et qu'il provient d'un composé arsenical introduit dans une de nos cavités ou appliqué à l'extérieur.*

Les tissus du corps humain peuvent, sous ce rapport, être distingués en trois classes : ceux qui contiennent de l'arsenic et qui le fournissent *avec tous ses caractères* lorsqu'on les soumet à un certain nombre d'opérations chimiques; ceux qui n'en donnent pas quand on les traite par l'acide sulfhydrique, par l'acide nitrique ou par le nitre; et enfin ceux dont on retire une matière non suffisamment connue, et qui pourrait être prise au premier abord pour de l'arsenic. Dans la première catégorie, l'on doit ranger les os et probablement les dents : or, nous savons que, pour retirer l'arsenic naturellement contenu dans les os, il faut faire réagir sur eux, pendant deux ou trois jours, de l'acide sulfurique et de l'eau, d'abord à froid, puis à une température de 50 à 100°, ou bien les traiter par la potasse à l'alcool, et que l'eau bouillante n'en extrait pas un atome, d'où il suit que, lors même que l'on obtiendrait de l'arsenic en faisant bouillir les os d'un cadavre suspect dans l'eau ou dans de l'eau légèrement acidulée, il ne serait pas possible d'admettre que ce métal provînt de celui que contiennent les os à l'état normal; toutefois, pour éviter des discussions qui pourraient jeter de l'incertitude sur les résultats, nous enga-

geons les experts à écarter soigneusement toutes les parties osseuses et à ne pas opérer sur elles.

La seconde catégorie comprend *le sang et les divers viscères*, dans lesquels on n'a pas constaté jusqu'ici la présence de l'arsenic normal. Comment supposer la moindre cause d'erreur, quand, après avoir fait subir à l'un de ces organes ou à une livre de sang, le traitement dont j'ai déjà parlé, on retire assez d'arsenic pour le caractériser, puisque ni le sang ni les organes n'en fournissent aucune trace par le même procédé chimique, lorsqu'ils proviennent d'un individu qui n'a pas été soumis à l'influence d'un composé arsenical ?

Dans la troisième catégorie, je place les muscles, qui donnent, par l'acide nitrique, des taches dont quelques-unes ressemblent au premier abord à celles que l'on obtient des préparations arsenicales. Je commencerai par établir, comme un fait constant, que la carbonisation par cet acide de *quinze* livres de chair, c'est-à-dire de plus de la moitié de la masse musculaire d'un adulte, fournit un charbon qui, étant traité par l'eau bouillante et mis dans l'appareil, ne produit pas une quantité de taches *d'apparence arsenicale*, susceptible d'être évaluée en poids au delà d'un quart de *milligramme*, tandis que la même proportion de chair, prise chez un individu qui aurait succombé à un empoisonnement par l'acide arsénieux, fournirait, terme moyen, par le même procédé, *trois cents fois* autant de ces taches au moins. Mais j'insisterai particulièrement sur les différences qui existent entre ces diverses taches, et qui ne permettent pas à celui qui les a vues une seule fois de les confondre ; je ne reviendrai pas en détail sur leurs caractères distinctifs, je rappellerai seulement que, s'il y a eu empoisonnement, presque *toutes* les taches, pour ne pas dire toutes, seront brunes et brillantes, tandis que, dans l'autre cas, elles sont de couleur et d'aspect tellement variés, qu'il serait, à la rigueur, possible de les reconnaître sans recourir à l'acide nitrique.

Les experts pourraient donc, sans crainte de se tromper, continuer, comme je l'ai proposé dans mon premier mémoire, à faire bouillir avec de l'eau les chairs d'un cadavre suspect, et conclure qu'il y a eu absorption d'un poison arsenical, s'ils obtenaient un grand nombre de taches *véritablement* arsenicales ; mais puisqu'il suffit, pour établir incontestablement ce fait, d'agir sur quelques onces de sang ou sur les viscères, qui, encore une fois, ne fournissent point d'arsenic à l'état normal, par les procédés connus jusqu'à ce jour, il vaut mieux renoncer à l'ébullition des chairs, afin d'éviter des objections qui, pour n'avoir pas de valeur, pourraient cependant agir sur l'esprit de certains jurés.

Des cas dans lesquels l'individu qui est l'objet d'une expertise médico-légale aurait fait usage d'une médication arsenicale.

Il ne me reste plus qu'à aborder une question grave, dont la solution peut offrir quelquefois des difficultés ; je veux parler des cas où le sujet de l'examen médico-légal aurait été soumis, pendant un temps plus ou moins long, à une médication arsenicale et où l'on retirerait une certaine quantité d'arsenic des organes qui n'en fournissent pas à l'état normal. Nous savons, en effet, que les composés d'arsenic sont employés en médecine et qu'ils agissent alors à la fois sur les tissus qu'ils touchent et par suite de leur absorption. Il ne serait donc pas impossible que l'expert chargé de faire une recherche médico-légale découvrît ce poison dans les viscères d'un individu qui aurait pu succomber à une autre maladie que l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Il faudrait, dans les cas de ce genre, s'enquérir minutieusement de tout ce qui a précédé la mort ; à quelle dose, pendant combien de temps et à quelle époque l'individu a-t-il pris de l'arsenic comme médicament ; la maladie, à laquelle il a succombé, était-elle survenue tout à coup et lorsqu'il jouissait en apparence d'une bonne santé ; par quels symptômes a-t-elle été caractérisée ; quelle a été sa marche et sa durée ? On ne devrait pas négliger non plus d'explorer attentivement le canal digestif, et surtout l'estomac que l'on pourrait trouver enflammé, ecchymosé, ramolli ou durci et comme tanné, même perforé.

Nul doute que la mort dût être attribuée à un empoisonnement récent et aigu, quand même l'individu aurait fait usage de petites doses d'un composé arsenical *médicamenteux*, *quelques mois auparavant*, s'il avait éprouvé les symptômes que détermine une assez forte dose d'arsenic, si l'invasion de la maladie avait été brusque et sa marche rapide, que l'on eût pu constater après la mort des lésions cadavériques analogues à celle que développent les préparations arsenicales, et que la quantité de poison trouvé par l'analyse fût assez notable.

Je ne balancerais pas encore à affirmer qu'il y a eu empoisonnement récent et aigu, alors qu'un composé arsenical aurait été pris, *comme médicament*, *quelques mois auparavant*, si l'on obtenait un nombre considérable de taches en traitant les divers organes, comme je l'ai dit, quand même, pendant la maladie, que je suppose de courte durée, on n'aurait observé que quelques-uns des symptômes occasionnés par l'arsenic, et qu'il aurait été impossible de constater après la mort les lésions de tissu que produit le plus ordinairement l'acide arsénieux : on sait, en effet, que des malades ont péri par ce poison sans avoir éprouvé ni douleurs ni évacuations, et sans que le canal digestif fût le siége d'une altération manifeste.

Il n'en serait pas de même si, dans cette dernière espèce, la quantité d'arsenic fournie par l'analyse n'était pas considérable; je me bornerais alors à établir des *présomptions d'empoisonnement*.

Si le composé arsenical *médicamenteux* avait été administré *peu de jours avant la mort*, que la maladie eût été de courte durée, qu'elle eût présenté les caractères d'un empoisonnement par l'arsenic, que l'estomac et les intestins fussent profondément altérés, et la quantité d'arsenic considérable, j'affirmerais encore qu'il y a eu empoisonnement.

Je serais, au contraire, très réservé dans mes conclusions, si, dans cette dernière espèce, le canal digestif était sain, et la proportion d'arsenic obtenue par l'analyse excessivement minime : je me bornerais alors à faire naître quelques doutes dans l'esprit des jurés.

Ma circonspection serait encore plus grande si, dans le cas dont je viens de parler, la maladie avait duré plusieurs jours et qu'elle n'eût offert qu'un petit nombre de symptômes que l'on remarque le plus souvent dans le genre d'empoisonnement qui m'occupe.

Enfin, j'avouerais l'insuffisance de l'art pour résoudre le problème, si la maladie datait déjà de plusieurs semaines et que pendant toute sa durée, le malade, *soumis à l'usage d'une médication arsenicale*, eût éprouvé quelques-uns des symptômes de l'empoisonnement; qu'après la mort on n'eût découvert aucune lésion appréciable du canal digestif, et que l'on n'eût pu retirer des organes que des atomes d'arsenic. On conçoit, en effet, que l'empoisonnement lent qui serait le résultat de petites doses d'une préparation arsenicale souvent réitérée et long-temps continuée se confonde nécessairement avec les effets que produirait la médication arsenicale à laquelle un individu aurait été soumis pendant plusieurs semaines.

Résumé général.

1° Dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux, il y a absorption d'une partie du poison, qui, après avoir été mêlé au sang, se porte sur tous les tissus, où il peut être décelé au moyen de l'eau, de l'acide sulfhydrique et de l'acide nitrique ou du nitrate de potasse.

2° Les réactifs dont on est obligé de se servir contiennent quelquefois de l'arsenic, mais il est possible de les priver de ce métal; en sorte que l'expert sera toujours à même de prouver que le poison ne provient pas des matériaux qu'il a employés.

3° Les os de l'homme adulte renferment naturellement un composé arsenical, tandis qu'on n'en a pas retiré jusqu'à présent du sang ni des viscères. Il est donc possible, en soumettant le sang ou l'un de ces viscères, et en particulier le foie, à un certain nombre d'opérations chimiques de constater qu'il y a eu absorption d'un composé de cette nature, puisqu'on obtient des quantités notables d'arsenic s'il y a eu intoxication, tandis qu'on n'en extrait pas un atome si l'empoisonnement n'a pas eu lieu. Il est même facile de décider si les taches que fournit la chair musculaire traitée par l'acide nitrique sont formées par de l'arsenic qui aurait été absorbé comme médicament ou comme poison, ou bien si elles proviennent de sa propre substance.

4° Si, à la suite d'une exhumation juridique, il a été reconnu que la mort est le résultat d'un empoisonnement par l'arsenic, et que la terre qui entourait le corps renferme une préparation arsenicale *insoluble dans l'eau bouillante*, on ne devra tenir aucun compte de cet élément, parce qu'il serait absurde de supposer qu'un pareil composé arsenical pût, après avoir abandonné le terrain, pénétrer jusque dans l'intérieur des viscères du cadavre entier ou ouvert. On n'admettra pas non plus facilement qu'un terrain, quel qu'il soit, dérobe promptement à un cadavre *tout* l'arsenic qu'il pourrait contenir au moment de l'inhumation, en sorte que, dans le plus grand nombre de cas, l'expert pourra encore constater la présence de l'arsenic dans les tissus long-temps après l'inhumation : c'est, du reste, ce que l'expérience a souvent démontré. Mais si déjà les cadavres étaient réduits en terreau et que l'acide arsénieux, transformé en un sel insoluble, fût intimement mélangé avec la terre, il serait difficile de décider si l'arsenic obtenu provient de celle-ci ou des débris du cadavre.

Permettez-moi de vous dire, messieurs, en terminant, que, parmi les mémoires que je viens de lire à l'Académie, ceux qui ont pour objet la pureté des réactifs, le nouveau procédé d'extraction de l'arsenic et les terrains des cimetières, ont été composés à l'occasion d'une affaire judiciaire qui sera prochainement portée devant la cour d'assises de la Côte-d'Or. Sans rien préjuger sur le sort qui est réservé aux prévenus, je me suis borné à examiner les diverses questions de principes qui seront infailliblement soulevées devant le tribunal, mettant ainsi *loyalement* la défense à même d'apprécier la valeur des faits sur lesquels s'appuie le rapport des experts. Mes expériences sont suffisamment détaillées pour que chacun puisse les répéter et voir si elles sont exactes; les déductions que j'en ai tirées, si elles sont fautives, pourront être combattues. La médecine légale, plus que toute autre branche de la science médicale, a besoin de contrôle, et j'aime trop la vérité pour ne pas provoquer et accueillir avec empressement des observations fondées sur des faits, et qui tendraient à rectifier les erreurs que j'aurais pu commettre; en faisant cet appel aux médecins consciencieux et de bonne foi, je déclare pourtant que je suis parfaitement décidé à ne tenir aucun compte des sophismes et des subtilités métaphysiques à l'aide desquelles on tenterait de battre en brèche un travail tout expérimental.

ORFILA, *pr. et doyen de la Fac. de Paris.*

II. Mémoire sur les inflammations, ulcérations et fistules de l'urèthre produites et entretenues par le séjour des sondes dans ce canal.

Les faits que je vais exposer ne sont pas entièrement nouveaux dans la science; cependant, si j'en juge par ce que j'ai vu et par ce qu'on trouve dans beaucoup d'ouvrages qui font à juste titre autorité, ils le seront pour beaucoup de chirurgiens. D'ailleurs, si le fait lui-même a déjà été signalé, il n'en est pas de même d'un grand nombre de circonstances accessoires qui en font cependant toute l'importance. La preuve, par exemple, que la cause des accidents dont il s'agit n'est que très-imparfaitement connue, c'est qu'on voit tous les jours employer, pour y remédier, les moyens qui leur ont donné naissance, et qu'ainsi, au lieu de guérir le mal, on le perpétue, ou l'augmente. On ne doit rien dédaigner en médecine, parce que toute découverte marque un progrès, et qu'on ne pourrait répondre que ce qui est stérile aujourd'hui ne produira rien demain. Toutefois, on m'accordera qu'un fait, quelque minime qu'il soit, dès qu'il touche directement à la pratique et au traitement des maladies, acquiert par cela même beaucoup d'importance. C'est ce qui m'a engagé à publier ce travail.

De toutes les méthodes applicables au traitement des rétrécissements de l'urèthre, la *dilatation* est celle qu'on doit préférer dans la grande majorité des cas. Les autres méthodes ne réussissent qu'avec elle et par elle : elles présentent même cela de particulier, qu'en général elles sont d'autant plus funestes que le chirurgien a mieux réussi dans leur application. Je m'explique et prends pour exemple la *cautérisation*. Je dis que si la cautérisation produit une véritable perte de substance, le rétrécissement n'aura que plus de tendance à revenir, et souvent plus étendu, plus dur, plus rebelle qu'auparavant. L'expérience a déjà parlé et prouvé que cela était. Moi, j'invoquerai plus tard un autre ordre de preuves auquel on ne me paraît pas encore avoir songé, et je démontrerai, si je ne m'abuse, que cela doit nécessairement être. Eh quoi! tous les jours vous cautérisez les bords d'une fistule pour la rétrécir, et vous cautérisez un rétrécissement pour le dilater! Je sais bien que la *cautérisation*, que l'*incision* ont procuré quelques succès qu'on n'aurait pu obtenir de la dilatation seule; mais cela ne prouve qu'une chose, c'est que toutes les méthodes sont bonnes pourvu qu'on sache les appliquer. C'est donc le *quand* et le *comment* qu'il s'agit d'établir; mais ce qu'il m'importe actuellement, c'est de poser en principe que la dilatation doit presque toujours être préférée, et je reviens à mon sujet.

L'accident dont je vais m'occuper ne résulte que de l'un des procédés de dilatation, celui qui consiste à placer une sonde dans l'urèthre, à la changer tous les six ou huit jours avec la précaution de la remplacer par un numéro plus élevé, jusqu'à ce qu'on ait rendu au canal son calibre ordinaire, ce qui exige un mois, six semaines et souvent plus; mais cet accident est très-fréquent, parce que ce procédé est encore mis en usage par beaucoup de praticiens, et que, d'ailleurs, il est le seul qu'on emploie dans les cas de rétention d'urine par hypertrophie de la prostate qu'on qualifie assez ordinairement de *paralysie de la vessie*.

L'urèthre de l'homme, comme on le sait, a plusieurs courbures : d'abord il descend du col de la vessie vers les parties superficielles du périnée; puis il se dirige en avant et un peu en haut, sous la symphyse pubienne au-devant de laquelle il adhère, au moyen du *ligament triangulaire* ou *suspenseur de la verge*. De là il descend de nouveau presque verticalement en vertu de son propre poids. On a donc eu quelque raison de le comparer à un S, dont la première concavité regarderait en avant et en haut, et la seconde en arrière et en bas; celle-ci se trouve à environ un demi-pouce en arrière de la racine antérieure du scrotum, de sorte qu'elle est recouverte par celui-ci et correspond aux adhérences celluleuses qui unissent les deux lames de la cloison des dartos.

Ces courbures peuvent-elles s'effacer? On l'a dit et on le répète chaque jour; mais c'est une erreur si palpable que je ne la conçois pas. En vain on abaisserait le pénis, comme l'indique Santarelli et comme le croient encore beaucoup d'auteurs plus récents, le ligament suspenseur, comme tous les tissus fibreux, ne jouit que d'une extensibilité très-faible; en vain on chercherait à l'abaisser en relâchant la paroi antérieure de l'abdomen, comme le conseille un auteur dont le nom m'a échappé, la symphyse du pubis ne peut pas se mouvoir isolément, le bassin ne forme qu'un tout, et c'est lui qui fixe les rapports et la direction de l'urèthre. Une fois admis que la première courbure ne peut s'effacer, il doit en être nécessairement de même quant à la seconde. Mais, me dira-t-on, une sonde droite peut pénétrer jusque dans la vessie. C'est vrai; mais voici comment cela se fait : l'instrument commence par déprimer fortement la paroi inférieure du canal, au niveau du ligament suspenseur, et ce n'est que par rapport à elle qu'on peut dire avec quelque vérité que l'angle s'efface; puis il presse contre la paroi supérieure, au moment où il passe sous la symphyse pubienne, sans changer sensiblement la position du bulbe, qui est maintenu par l'aponévrose moyenne du périnée et par l'extrémité antérieure du sphincter de l'anus, qui s'y insère en partie. Enfin, arrivée dans la portion membraneuse, la sonde déprime de nouveau la paroi inférieure devenue postérieure. Ainsi, une sonde droite qui traverse l'urèthre presse alternativement sur trois points différents, 1° sur la paroi inférieure,

au niveau du ligament suspenseur; 2° sur la paroi supérieure, sous la symphyse du pubis; 3° sur la paroi inférieure, dans les portions membraneuse et prostatique, et surtout au col de la vessie.

Je commence par étudier les effets de cette pression au niveau du ligament suspenseur. Comme celle qu'y produit une sonde droite et rigide est très-considérable, on conçoit que l'inflammation et la gangrène ne tarderaient pas à s'ensuivre, si cette pression se prolongeait. On verra plus bas (obs. xv) une observation où des accidents de ce genre se manifestèrent après *trois jours* de présence d'une sonde métallique dans l'urèthre, et encore cette sonde était courbe et n'avait par conséquent pas besoin de déprimer la paroi inférieure de ce canal aussi fortement que l'aurait fait une sonde droite. J.-L. Petit connaissait cet accident, et il en rapporte plusieurs exemples. C'est même pour l'éviter qu'il imagina sa sonde en S (1). Boyer cite un cas de ce genre sans dire pourquoi la pression était plus grande en ce point qu'ailleurs (2). M. Begin dit qu'à la suite du séjour prolongé des sondes métalliques dans l'urèthre, les parois de ce canal ont été quelquefois frappées de gangrène (3). Comment se fait-il que ces deux derniers n'aient pas vu les sondes flexibles produire le même résultat? C'est pourtant un accident bien fréquent.

Obs. I. — Un vieillard de soixante-dix ans entra le 20 mai 1836 à l'Hôtel-Dieu, salle Ste.-Marthe, pour y être traité d'une rétention d'urine produite par une maladie de la prostate. La sonde franchit toute la portion spongieuse de l'urèthre sans la moindre difficulté, et ce n'est qu'au delà du bulbe qu'on rencontra des obstacles sérieux. Enfin on parvint dans la vessie, et on laissa une sonde élastique à demeure; dans les premiers jours de juin, il survint de la tuméfaction vers la racine antérieure du scrotum; le 5 ou le 6, on y fit une incision, et il en sortit une grande quantité de pus et d'urine; on sentait la sonde à travers cette ouverture. Le malade tomba dans l'assoupissement; sa langue devint sèche, rouge, rugueuse; et sa mort survint le 10. A l'autopsie, la paroi inférieure de l'urèthre présente, au niveau du ligament suspenseur de la verge, une ulcération ayant environ trois lignes de large sur trois pouces de long; intéressant toute l'épaisseur de la paroi uréthrale, et conduisant dans un énorme abcès qui a disséqué la cloison des dartos; le feuillet gauche de celle-ci est même détruit, de sorte que le testicule est à nu; il est très rouge au niveau de cette dénudation; toutes les parties environnantes sont le siége d'une vive inflammation (4).

Ainsi ce fut dans l'espace de quinze jours que se sont produits ces graves désordres.

(1) *Œuv. chir.*, édit. de 1837, pag. 779.

(2) *Mal. chir.*, quatrième édit., tom. IX, pag. 269.

(3) *Dict. de médec. et chir. prat.* tom. VIII, pag. 270.

(4) Dans cette observation comme dans toutes les autres, j'ai omis ce qui était étranger à mon sujet.

Obs. II. — Dans la sixième observation de mon *Mémoire sur les perforations spontanées de la vessie* (1), il est question d'un vieillard âgé de quatre-vingt-deux ans, également affecté d'une maladie de la prostate, et qui n'eut une sonde de gomme élastique à demeure que tout au plus *pendant six jours*. Nous trouvâmes que presque toute la muqueuse de la paroi inférieure de l'urèthre était ulcérée; il n'y en avait que çà et là quelques portions très-petites qui fussent conservées; celle de la partie membraneuse n'avait pas été épargnée; celle de la portion prostatique l'était un peu plus. Au niveau du ligament suspenseur, l'ulcération envahissait toute l'épaisseur de la paroi inférieure de l'urèthre.

Au reste, qu'on parcoure le mémoire que je viens de citer, et l'on verra, par les neuf observations qui, sous ce rapport, s'y trouvent rassemblées par hasard, combien sont fréquentes les lésions qui font le sujet de ce travail.

Obs. III. — Dans la première, la sonde était restée pendant dix-huit jours dans l'urèthre, et nous trouvâmes qu'au niveau du ligament suspenseur, la paroi inférieure du canal présentait une rougeur très vive de la muqueuse, ayant quinze lignes de longueur, et terminée en arrière par une ulcération commençante.

Obs. IV. — Dans la deuxième observation, le malade était affecté d'un rétrécissement, dans la région bulbeuse que pendant long-temps on ne put franchir; malgré cela, on laissait de temps en temps une bougie dans le canal. Enfin on parvint à introduire une sonde élastique très fine qu'on laissa à demeure; mais une mort imprévue emporta le malade au bout de neuf jours, et l'urèthre au niveau du ligament suspenseur offrit une érosion de la muqueuse large d'une ligne et longue d'un pouce.

Obs. V. — Le sixième fait consigné dans le mémoire en question a été rapporté plus haut (obs. II). Dans le septième, une sonde fut laissée à demeure pendant douze jours, et on trouva après la mort une ulcération longue de treize lignes à la paroi inférieure de l'urèthre dans le même lieu que les précédentes.

Obs. VI. — Chez le sujet de la huitième observation, je mis une première fois une sonde à demeure, mais je ne la lui laissai que deux jours, à cause des douleurs intolérables qu'il ressentait malgré le petit volume de l'instrument. Il resta ainsi pendant quelque temps, obligé de se faire sonder toutes les fois qu'il en avait besoin; mais comme ce besoin était devenu continuel, je remis de nouveau la sonde. Il y avait six jours qu'il la portait, lorsqu'on s'aperçut que la bourse gauche était très tuméfiée, tendue et rouge; on crut à une torchite et on ôta l'instrument. Nous avons trouvé à l'autopsie que la paroi inférieure de l'urèthre présentait, au niveau du ligament suspenseur, une ulcération longue de huit lignes, large de deux, et intéressant toute l'épaisseur de cette paroi; les deux testicules étaient sains; mais la tunique vaginale gauche offrait çà et là, et surtout dans le cul-de-sac qu'elle forme en se réfléchissant du testicule sur le scrotum, un pointillé rouge assez foncé, et, bien que sa continuité fût tout-à-fait intacte, elle était remplie de sang noir et grumeleux. C'était ce sang qui avait simulé, pendant la vie,

(1) *Gaz. Méd.*, avril 1836.

une orchite ou une inflammation des tuniques scrotales.

Obs. VII. — Enfin le neuvième sujet nous présenta les traces d'une ancienne ulcération de ce genre, cicatrisée; au niveau du ligament suspenseur existait, sur la paroi inférieure de l'urèthre, une plaque blanchâtre, ovalaire, ayant au moins quinze lignes d'avant en arrière, et près de trois d'un côté à l'autre. Elle était formée par du tissu blanc, comme fibreux, se continuant, mais avec une différence bien tranchée de couleur et de consistance, avec la muqueuse. Elle était bien lisse; le centre, d'un blanc plus mat que le reste, correspondait à une cicatrice qu'on voyait encore au devant du scrotum.

En résumé, sur neuf observations qui, sous ce rapport, se trouvent comme je l'ai déjà dit, rassemblées par hasard, l'ulcération de l'urèthre par la sonde à différents degrés ne manque que dans trois; et de ces trois sujets, deux n'avaient jamais eu de sonde à demeure, et j'ai oublié de décrire l'état de ce canal chez le troisième.

Je sais qu'un pareil rapport est difficile à concevoir quand on réfléchit au silence des auteurs sur ce point, quand on réfléchit que cet accident redoutable du procédé de dilatation le plus généralement employé est à peine mentionné parmi les reproches, quelquefois futiles, que les adversaires acharnés de cette méthode lui ont si souvent adressés. C'est qu'en général on aime mieux, on trouve plus facile de se livrer à de stériles spéculations, ou à des inventions d'instruments sans motifs et sans résultats, que de se livrer à l'observation de la nature, et aux recherches pénibles, et quelquefois dégoûtantes, qu'elle nécessite. Les faits dont il s'agit sont si fréquents qu'il est certainement peu de médecins qui n'en aient vu; mais, pour comprendre un fait, il ne suffit pas ordinairement de le voir une fois ou deux fois à de rares intervalles, il faut le voir souvent et le méditer; il faut aussi le voir à des degrés différents, pour bien comprendre sa marche; car, quand on ne le remarque qu'à sa période extrême, et qu'on veut expliquer son origine, on court souvent risque de substituer ce qui aurait pu être à ce qui a été. C'est ainsi que Desault, qui rapporte deux observations d'infiltration urineuse *dans le scrotum*, pendant le séjour des sondes dans l'urèthre, suppose que des duretés extérieures au canal se sont ramollies, abcédées sous l'influence des sondes, et, comme l'infiltration s'est faite en peu d'heures, il pense qu'elle a succédé à l'ouverture de ces abcès dans le canal (1); tandis qu'il est très-probable, d'après les faits que je rapporte, que les duretés extérieures à l'urèthre n'étaient que l'effet de la phlogose ulcérative de ce canal, et que quand l'ulcération fut complète, l'infiltration urineuse se fit immédiatement. J'ai vu un cas de ce genre, où j'eus tout lieu de me féliciter du hasard qui voulut que l'infiltration urineuse se fît dans la nuit même qui précéda le jour où je devais entreprendre le traitement.

Ducamp, qui rapporte les deux observations de Desault, pense aussi que ces abcès se sont formés à l'extérieur de l'urèthre, puisqu'il donne le précepte de les ouvrir de bonne heure, de crainte qu'ils ne se fassent jour dans ce conduit. Toutefois, il pense que la présence continuelle des sondes peut donner lieu à des ulcérations quelquefois complètes; mais il ne dit pas l'avoir vu, et ne donne pas de détails plus circonstanciés (1). Sir A. Cooper donne une explication un peu différente : après avoir rapporté une observation qu'on verra plus bas, où des abcès urineux s'étaient manifestés pendant le séjour d'une bougie dans le canal, il ajoute : « Les fistules avec perte de substance sont très-difficiles à guérir. *Elles ont ordinairement leur siége dans la portion de l'urèthre qui se trouve au devant du scrotum; elles ont généralement une direction longitudinale, et atteignent l'étendue d'un demi-pouce à un pouce.* Quelquefois le tiers du canal est détruit : d'autres fois c'est la moitié, et non seulement la membrane qui forme l'urètre, mais encore *la partie inférieure du tissu spongieux* qui y adhère, n'existent plus. » Voilà les faits, nous allons voir l'explication : « La perforation du canal succède à un abcès qui s'est formé dans une des lacunes de l'urèthre, sous l'influence d'une prédisposition à la fonte putride et gangréneuse. Il se forme une escarre qui intéresse la paroi du canal de l'urèthre vis-à-vis la lacune qui renferme l'abcès, et, lorsque celui-ci vient à se vider, l'escarre tombe et laisse après elle une large ouverture (2). » Après s'être donné tant de mal pour nous expliquer comment se fait cette perte de substance, A. Cooper aurait bien dû nous dire pourquoi elle se fait *ordinairement dans la portion de l'urèthre qui se trouve au-devant du scrotum et à la paroi inférieure*, car ailleurs aussi il existe des lacunes. On ne peut en vérité concilier l'explication d'A. Cooper avec la justesse de ses observations.

Sans doute, après les faits qu'on a lus précédemment, il me suffirait de dire que je pourrais en accumuler ici une foule d'autres à peu près semblables. Cependant je rapporterai encore les suivants afin de montrer la maladie sous toutes ses formes.

Obs. VIII. — Carpentier, âgé de soixante-dix ans, affecté habituellement d'une incontinence d'urine, fut à la fin pris d'une rétention (3). Entré

(1) *OEuv. chir.*, t. III, p. 258 et 266.

(1) *Traité des rétentions d'urine par rétrécissement de l'urèthre*, 2e édit., p. 122 à 129.

(2) *OEuv. chir.*, trad., p. 576. 1835.

(3) Dans un mémoire lu le 10 juin à l'Académie des sciences j'ai expliqué comment se font ces alternatives qui ne sont pas rares. On peut consulter à ce sujet le *Journ. des Conn. méd.-chir.*, août 1839.

à l'infirmerie de Bicêtre le 20 octobre 1834, on lui mit une sonde à demeure, qu'on laissa pendant quelque temps, après quoi on la lui ôta parce qu'on avait remarqué que l'urine s'échappait entre le canal et la sonde. Mais, dans les premiers jours de novembre, cet homme tomba dans l'adynamie : comme on craignait la stagnation de l'urine dans la vessie, on le sondait tous les matins, et chaque fois on remarquait que la sonde d'argent était noircie comme par de l'hydrogène sulfuré, à son bec et en deçà de sa courbure ; elle avait seulement une couleur jaune dans le reste de son étendue. Enfin, quatre ou cinq jours avant la mort, qui eut lieu le 14 novembre, on s'aperçut qu'il existait, à l'union du scrotum avec la verge, un engorgement qui, par sa dureté et sa couleur livide, donna à penser que l'on avait affaire à un abcès urineux ; effectivement, par la pression, on fit sortir une grande quantité de pus par l'urèthre. A l'autopsie, je trouvai la muqueuse de ce canal assez pâle et lisse; seulement à peu près au niveau du ligament suspenseur, il existait à la paroi inférieure une solution de continuité, longue d'un pouce et demi environ, large d'une ligne et demie, et aboutissant à un abcès existant entre les deux lames de la cloison des dartos, qui se trouvaient disséquées, séparées jusqu'à leur partie inférieure. Chacune d'elles était intacte ; ce foyer était rempli d'urine purulente, et traversé par des filaments cellulaires; les parois présentaient déjà dans quelques points des traces de membrane accidentelle ; l'excrétion urinaire avait été troublée par un développement considérable de la portion transversale de la prostate, bien que ses portions latérales fussent moins volumineuses qu'elles ne le sont ordinairement.

Obs. IX. — Le 16 avril 1836, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Ste.-Agnès, le nommé Cousin, âgé de soixante-dix-sept ans, pour une rétention d'urine par maladie de la prostate. Le 21, on lui mit à demeure une sonde de gomme élastique ; dans le commencement de mai, il lui survint une infiltration gangréneuse du scrotum, et il mourut le 11 de ce mois. L'urèthre était enflammé; au niveau du ligament suspenseur existait une ulcération de la paroi inférieure, ayant plus de deux pouces d'avant en arrière ; toute l'épaisseur de cette paroi était détruite, et au dessous se trouvait un énorme foyer rempli de pus fétide, et disséquant toute la cloison des dartos ; tous les téguments du scrotum étaient infiltrés, gangrenés, mollasses, œdémateux, ainsi que les tissus sous-jacents, et quand on les incisait, il s'en écoulait beaucoup de sérosité roussâtre ; les tuniques vaginales étaient enflammées, et avaient contracté avec les testicules des adhérences encore rougeâtres et récentes ; en les séparant, on voyait que les dartos étaient intacts et avaient servi de limites au pus du foyer.

Dans les observations précédentes, nous avons vu tous les degrés et les complications de l'ulcération : Simple érosion de la muqueuse (obs. III, IV, V), destruction de toute l'épaisseur de l'urèthre (obs. I, II, VI, VIII, IX), abcès diffus (obs. IX) ou circonscrit de la cloison (obs. VIII), infiltration urineuse de toutes les tuniques scrotales (obs. IX), fistules (obs. VII, XV), inflammation (obs. IX) et hémorrhagie (obs. VI) de la tunique vaginale, dénudation et inflammation du testicule (obs. I), enfin la cicatrisation (obs. VII). Peut-être sera-t-on curieux de connaître l'état du tissu spongieux qui précède tous ces désordres, le voici :

Obs. X. — Le 3 février 1839, M. Picard, interne à l'Hôtel-Dieu, m'invita à assister à l'autopsie d'un homme mort à la suite d'un rétrécissement de l'urèthre et de fistules urinaires. Cet homme avait porté une sonde à demeure pendant un temps que je ne pourrais préciser ; en coupant la paroi inférieure de l'urèthre suivant sa longueur, nous remarquâmes qu'au niveau du ligament suspenseur, là où la muqueuse était très-rouge, le tissu spongieux était épaissi et rouge, tandis que, plus près du gland, il était pâle et moins épais; nous passâmes uniformément le scalpel sur la coupe, nous la soumîmes à un filet d'eau, la couleur rouge ne disparut pas, et la même différence persista.

L'inflammation du tissu spongieux de l'urèthre se comporte comme les phlébites : au bout d'un certain temps elle coagule le sang dans ses aréoles, et si elle persiste elle y détermine la suppuration.

Obs. XI. — Chez un homme qui avait porté pendant quelque temps une sonde à demeure, M. Lebert rencontra dans l'urèthre « cinq excoriations superficielles n'intéressant que la muqueuse ; elles ont toutes, dit-il, cinq ou six lignes de long ; *la plus antérieure est à environ deux pouces du méat urinaire ; le tissu spongieux sous-jacent est plus ou moins noir ; en quelques endroits il est infiltré de pus* (1). »

La forme allongée de ces ulcérations et leur siége les distinguent suffisamment de toute autre. J'ai cependant sur ce dernier point une remarque assez importante à faire. J'ai dit qu'elles se trouvaient au niveau du ligament suspenseur de la verge. Cependant il ne faudrait pas prendre ces paroles trop à la lettre. Ces ulcérations existent toujours à ce niveau; mais quand elles ont été produites par les sondes métalliques courbes, elles s'étendent plus en arrière qu'en avant, à moins que le pavillon de celles-ci n'ait été maintenu fortement abaissé, tandis que quand elles ont été produites par des sondes flexibles, elles s'étendent plus en avant, et ce n'est que leur extrémité postérieure qui correspond au ligament triangulaire. Cette circonstance a peut-être souvent contribué à en faire méconnaître la cause, je vais l'expliquer.

Lorsqu'une sonde métallique courbe est dans le canal, comme dans la position ordinaire, son pavillon se dirige en avant, on conçoit qu'elle doit presser non seulement sur le sommet de l'angle que forme le canal en cet endroit, mais encore sur la portion légèrement ascendante qui se trouve immédiatement derrière. Mais il n'en est pas de même quant aux sondes flexibles. Leur extrémité extérieure est presque toujours pendante, entraînée en bas par son poids, par celui de la verge et celui des liens qu'on applique ordinairement autour de cet organe pour fixer l'instrument. Ce dernier éprouve donc un mouvement de bascule sur le point le plus saillant de la courbure uréthrale, et tandis qu'il presse fortement au-devant de ce point sur la paroi inférieure, il tend au

(1) *Bullet. de la Soc. anat.* 1836, pag. 267.

contraire à l'abandonner derrière. De là vient que l'ulcération qui s'avance souvent au-devant du ligament suspenseur s'étend plus rarement du côté du bulbe. Dans tous les cas c'est toujours au niveau de ce ligament qu'elle commence, pour s'étendre ensuite en avant; c'est ce dont nous avons vu une preuve (obs. III). L'effet que je viens de décrire serait encore plus prononcé si on laissait à demeure une sonde droite inflexible. On peut dire aussi que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la lésion aura d'autant plus de longueur d'avant en arrière que la sonde sera plus raide, parce que la paroi inférieure du canal sera déprimée dans une plus grande étendue.

Une telle ressemblance entre toutes ces ulcérations prouve qu'il est impossible de les regarder comme autant de fausses routes. Je pourrais d'ailleurs démontrer, par des faits nombreux, que les fausses routes qui se font dans ce lieu intéressent presque constamment la paroi supérieure, précisément parce que, à partir de ce point, l'urèthre ne se dirige pas directement en arrière, mais aussi de haut en bas, à des degrés différents, suivant les différents individus, et que les chirurgiens qui ignorent cette disposition, se trouvant arrêtés, croient être arrivés au bulbe, et, au lieu d'incliner plus fortement le pavillon vers l'abdomen, ils s'efforcent de l'abaisser vers les cuisses du patient. D'ailleurs on peut remarquer que, parmi les faits que j'ai cités, la plupart appartiennent à des vieillards affectés de maladies de la prostate. Je les ai choisis de préférence, parce que la sonde cheminant alors avec facilité jusqu'au col de la vessie, il faudrait supposer une bien grande inexpérience ou une bien grande inattention dans le chirurgien qui ferait des fausses routes à un pouce et demi ou deux pouces du méat urinaire. J'aurais pu rapporter un plus grand nombre d'exemples d'ulcérations produites par le séjour des sondes chez des malades qu'on traitait de rétrécissement de l'urèthre. Toutefois, je conviendrai que, relativement, elles me paraissent moins fréquentes que dans les maladies de la prostate, ce que je crois pouvoir attribuer à trois causes différentes: 1° Je regarde les rétrécissements de l'urèthre comme abrégeant en général de beaucoup la durée de la vie, surtout parmi cette classe de la société qui, soit par indigence, soit par incurie, soit par ignorance, néglige de se faire soigner ou devient la proie de charlatans aussi audacieux qu'inexpérimentés. Pendant deux ans que j'ai passés, comme interne, à l'hospice de la vieillesse-homme, j'ai cru remarquer que les rétrécissements de l'urèthre y sont bien moins fréquents que ne devraient le faire supposer et le nombre et le genre de la population. Or, il se pourrait que chez les adultes le tissu spongieux de l'urèthre offrît une résistance vitale plus grande que chez les vieillards. 2° Dans les rétrécissements de l'urèthre, on commence ordinairement par des instruments très-fins, très-flexibles par conséquent, et ce n'est que vers la fin du traitement qu'on arrive à l'emploi de ces sondes qui, en raison de leur grosseur, ont nécessairement beaucoup de rigidité, tandis que c'est ordinairement par celles-ci qu'on débute chez les vieillards, et c'est d'elles qu'on se sert pendant tout le traitement. 3° Cette méthode réussit rarement chez ces derniers à rétablir l'excrétion urinaire; ordinairement elle se termine par la mort, qu'elle hâte même assez souvent. De là vient qu'on peut presque toujours constater une lésion qui, lorsqu'elle n'est pas très-avancée, aurait pu passer inaperçue, si le cours des urines et la santé se fussent rétablis, comme cela a ordinairement lieu lorsqu'on a affaire à de simples rétrécissements. Et en effet, il ne faut pas croire que dans ces derniers cas, il ne s'est produit aucune ulcération parce qu'il n'est pas survenu d'infiltration urineuse pendant le cours du traitement. Il n'est pas extrêmement rare, au contraire, de voir, par suite du travail de cicatrisation, un rétrécissement survenir au niveau du ligament suspenseur chez des individus qui ont été traités, par les sondes à demeure, d'un rétrécissement situé dans une région très-différente. Qui ne reconnaîtra une semblable origine dans le fait suivant, rapporté par M. Bermond (1)?

Obs. XII. — Un fou épileptique fut reçu dans les salles de M. Lallemand, pour une coarctation très-forte, *située vers le milieu du canal*. Elle était manifestement le résultat, chose remarquable, de l'usage des sondes à demeure, auquel on avait soumis cet idiot un an auparavant pour s'opposer à une manie indomptable de masturbation.

Je ne m'arrêterai pas aux effets qui résultent de la pression que les sondes exercent sur la paroi supérieure du canal au dessous de la symphyse pubienne; car si ces effets ne sont pas nuls, ils sont au moins de bien peu d'importance; ce n'est presque toujours qu'une simple rougeur longitudinale, assez bien circonscrite, d'un pouce ou un pouce et demi de longueur et de deux lignes de diamètre. Rarement on y trouve une excoriation de la muqueuse, et jamais je n'ai vu le canal perforé par une action de ce genre.

Quant à la pression sur la paroi inférieure ou postérieure au voisinage de la vessie, je ferai abstraction de ses effets sur l'orifice des canaux éjaculateurs et par continuité sur le reste des organes spermatiques; je me bornerai à ceux qu'elle produit sur l'urèthre lui-même.

On sait combien la partie postérieure de l'orifice uréthro-vésical présente de variétés suivant les individus, et surtout suivant l'âge de ces individus, ce qui dépend de la

(1) *Consid. pratiques sur les rétrécissements du canal de l'urèthre*, pag. 16, 1837.

portion transversale de la prostate. En général, cette partie chez les adultes n'offre pas de saillie bien sensible, et elle jouit d'une très grande laxité, ce qui fait qu'elle cède très facilement à la pression que lui font éprouver les sondes flexibles. De là vient que ces instruments ne produisent que rarement en ce lieu une lésion notable chez ceux qui les ont portés pour un rétrécissement de l'urèthre, d'abord parce que ce sont le plus souvent des adultes que l'on a à traiter de cette maladie, et ensuite parce qu'un rétrécissement de l'urèthre prévient ordinairement l'hypertrophie que les années amènent naturellement dans le tissu de la prostate. C'est au moins ce qui résulte de mes observations; car, chez plusieurs vieillards affectés de rétrécissement, j'ai remarqué, soit pendant la vie, soit après la mort, que leur prostate n'avait pas le volume que leur âge seul aurait dû faire supposer. Au reste, cette facilité avec laquelle le bord postérieur du col vésical cède dans les cas de rétrécissement est une circonstance heureuse; car, s'il venait à s'ulcérer, il ne pourrait en résulter que de la douleur, un dérangement dans l'excrétion urinaire, et même une incontinence d'urine. Nous allons voir que les mêmes considérations ne sont pas applicables aux engorgements de la prostate.

En effet, la portion transversale en est le siége le plus ordinaire, et comme elle est immédiatement appliquée derrière le col de la vessie, elle soulève son bord postérieur, le porte en avant, au point de lui faire dépasser le bord antérieur. C'est ainsi que l'orifice uréthro-vésical se trouve fermé par une valvule tendue transversalement au dessus de la paroi postérieure de la région prostatique du canal. En outre, cette valvule résultant d'un tissu glandulaire engorgé, hypertrophié, jouit d'une certaine consistance qui ne lui permet pas de céder facilement quand elle se trouve pressée. Ainsi donc, saillie en avant quelquefois considérable du bord postérieur de l'orifice uréthro-vésical, consistance très-grande de cette saillie, voilà deux circonstances qui font qu'elle s'ulcèrera facilement sous l'influence d'une pression tant soit peu considérable. Aussi n'est-il pas rare de voir, chez les vieillards qui ont succombé affectés d'une rétention d'urine de ce genre, et après avoir porté pendant quelque temps une sonde à demeure, cette valvule creusée par un sillon résultant non seulement d'une dépression, mais encore d'une véritable ulcération. Parfois cette ulcération est très profonde; cependant je ne l'ai jamais vue assez profonde pour causer une infiltration urineuse, bien que j'aie vu une ou deux fois l'ulcération détruire toute la muqueuse de la paroi postérieure de la région prostatique et d'une partie de la région membraneuse (obs. II). Ch. Bell a rencontré un cas de ce genre, puisque la destruction commençait à cinq pouces du méat urinaire et ne se terminait qu'à l'orifice de la vessie (1); toutefois ces cas sont rares. Ordinairement l'ulcération est bornée à la moitié postérieure du col de la vessie, et alors elle peut avoir des résultats fort heureux, puisqu'elle peut rétablir le cours des urines.

On sait, en effet, que quelquefois le séjour des sondes chez les vieillards suffit pour amener ce résultat. Les auteurs qui croient à la paralysie essentielle de la vessie ont expliqué ces faits en disant que c'était le contact des sondes sur les parois de cet organe qui en réveillait la contractilité: c'est une erreur qui, prise à la lettre, pourrait conduire et a conduit plus d'un praticien à de fâcheux résultats. Mainte et mainte fois des ouvertures de cadavres m'ont éclairé sur la véritable cause du changement; toujours il y avait ulcération, ou au moins affaissement, renversement en arrière de la valvule qui mettait obstacle au cours des urines. D'autres fois ce n'était pas tout-à-fait cela: ainsi, lorsque l'hypertrophie avait formé une tumeur derrière le col de la vessie, souvent la sonde ne renversait pas cette tumeur en arrière, mais elle se logeait soit à droite, soit à gauche, et se moulait ainsi une espèce de rigole qui plus tard donnait une issue, quelquefois involontaire, à l'urine. J'ai vu et fait dessiner par M. Jacquart une tumeur de la grosseur d'une noix qui, creusée, sapée, pour ainsi dire, par sa base, ne tenait plus, au reste, que par quelques lambeaux de muqueuse.

Tels sont les faits que je voulais exposer; essayons maintenant d'en déduire quelques conséquences.

La première, c'est que le procédé qu'on emploie ordinairement pour dilater les rétrécissements de l'urèthre est essentiellement mauvais, puisqu'il peut causer lui-même un nouveau rétrécissement très-étendu, au niveau du ligament suspenseur, ou bien une poche ou une fistule urinaire, ou même la mort par infiltration urineuse ou par infection purulente. De tous ces accidents le moindre est extrêmement fâcheux; aussi doit-on faire tout pour les éviter et substituer au procédé dont je parle un autre plus efficace et moins dangereux. Il est vrai qu'on pourrait diminuer la fréquence et la gravité de ces accidents en recommandant aux malades de tenir constamment leur verge relevée contre l'abdomen, parce qu'on diminue par ce moyen la pression que les sondes exercent sur la paroi inférieure de l'urèthre; mais il est rare qu'ils se conforment, qu'ils puissent même se conformer assez religieusement à cette prescription pour être certain d'éviter les accidents qui résultent de son inobservation.

La seconde remarque que je ferai, c'est

(1) *A Treatise on diseases of the urethra*, etc. London, 1820, pag. 225.

que le traitement des rétentions d'urine des vieillards par les sondes à demeure est encore bien plus mauvais, puisque ses succès sont incomparablement plus rares et ses accidents plus fréquents et plus redoutables. En effet, si l'on veut avoir quelques chances de succès, c'est-à-dire, déprimer, ulcérer la partie postérieure du col de la vessie, il faut employer des sondes grosses et d'une certaine rigidité; il faut les laisser longtemps à demeure, et alors combien n'a-t-on pas à craindre de les voir enflammer tout l'appareil urinaire, *paralyser la vessie* (1), de voir des infiltrations urineuses du scrotum amener la mort avant la guérison de la rétention d'urine, puisque les ulcérations se forment en général beaucoup plus vite à la seconde courbure de l'urèthre qu'au col de la vessie. Joignez à cela qu'on pourrait voir le malade résister à tous les accidents et ne retirer aucun bénéfice pour prix des dangers qu'il aurait courus, parce qu'il est des formes de la maladie contre lesquelles ce traitement ne peut rien, quoi qu'on fasse. Ces formes, il est vrai, pourront maintenant être assez facilement diagnostiquées par l'emploi des moyens que j'ai indiqués pour y parvenir (2).

Quelques praticiens préfèrent les sondes de gomme élastique courbes pour laisser à demeure chez les vieillards affectés d'engorgement de la prostate, afin, disent-ils, de ne pas fatiguer cette glande; mais on voit par ce qui précède que c'est un raisonnement vicieux, puisque c'est exposer les malades aux dangers les plus graves des sondes à demeure, sans leur laisser aucune chance de guérison. En effet, ces sondes n'étant courbes que près de leur bec, elles ne peuvent déprimer la portion transversale de la prostate, et elles agissent sur le reste du canal à la manière des sondes flexibles droites.

On a imaginé, dans ces derniers temps, des moyens de produire la dépression du col de la vessie avec plus d'énergie que ne le font les sondes ordinaires; mais je doute qu'on en ait retiré de grands avantages, parce qu'il est rare que les malades puissent les supporter assez long-temps pour qu'on en obtienne un résultat satisfaisant. Tous ces moyens ne sont que des sondes inflexibles et droites, ou bien qui, pour agir, se redressent lorsqu'elles sont parvenues dans la vessie. Elles produisent donc au maximum la dépression de la paroi inférieure de l'urèthre, au niveau du ligament suspenseur de la verge. De là des douleurs intolérables et la nécessité de ne laisser ces instruments que très-peu de temps en place, si l'on ne veut s'exposer à voir se développer la série d'accidents dont j'ai déroulé le tableau. C'est cette considération qui m'a suggéré l'idée d'un instrument des plus simples qui produit l'effet désiré en prenant son point d'appui sur la paroi supérieure du canal. Comme il n'exerce pas la moindre pression sur la paroi inférieure, excepté au col même de la vessie, comme le malade peut varier lui-même son action d'après les sensations qu'il éprouve, on peut le laisser plusieurs heures en place sans avoir à craindre le moindre danger. Je l'ai déjà mis en usage plusieurs fois, et il m'a toujours réussi; il est vrai que je ne l'emploie pas pour toutes les formes de la maladie et que, dans beaucoup de cas, je lui préfère la cautérisation ou même l'excision de la partie qui met obstacle au cours des urines. La précision des moyens dont je me sers pour cela peut seule égaler leur simplicité: je ne les ai pas encore publiés; mais je les ai exposés dans le cours que j'ai fait pendant l'été dernier à l'école pratique.

Je passe maintenant à une dernière considération.

Dans notre siècle soi-disant positif, on entend répéter tous les jours : qu'importe l'explication? il nous suffit de connaître le fait. Et les hommes qui se font gloire de tenir ce discours sont ceux qui se donnent et que l'on regarde comme des esprits forts. Moi, au contraire, si ce langage n'était à l'ordre du jour, je le regarderais comme le propre des esprits superficiels qui ne veulent pas se donner la peine de creuser au sein d'une question. Le fait sans l'explication est quelque chose; mais il n'est à la science que ce qu'est une pierre brute par rapport à l'édifice qu'on veut construire. Combien, depuis l'origine de la médecine, n'a-t-on pas observé de faits, et quels sont ceux dont on a tiré profit? Que nous importe, par exemple, de savoir *par expérience*, ainsi que tous les auteurs l'ont répété, que les fistules qui se font à la racine de la verge sont extrêmement difficiles à guérir (1)? Qu'en est-il résulté pour la pratique? De la défiance pour les moyens qu'on emploie, et rien de plus : toujours on met des sondes pour empêcher l'urine d'entretenir la fistule par son passage. Mais si l'on eût réfléchi que ces fistules succèdent la

(1) Avec les idées généralement répandues, cette proposition pourra sembler paradoxale; mais elle n'en est pas moins vraie.

(2) *Archives gén. de médec.*, juin 1839; voyez aussi *Journal des Conn. Méd.-Chirurg.*, août 1839.

(1) J'ai rapporté plus haut l'opinion d'A. Cooper; Desault dit : Cette espèce de fistule peut être entretenue par l'amincissement et la dénudation des parois de l'urèthre, disposition fort ordinaire lorsque le dépôt a son siége à la racine de la verge, et vers la partie du canal, placée au dessus des bourses, par la raison que leur pesanteur tend continuellement à les écarter de l'urèthre (*Loco cit.*, pag. 288; voy. aussi pag. 251). » On voit que, pour les fistules qui sont placées au dessus des bourses, il lui fallait une autre explication que pour celles qui sont à la racine de la verge, et il en a trouvé une au moins aussi insignifiante. Boyer ne parle que de ces dernières, aussi a-t-il évité une difficulté (*Loc. cit.* tom IX, pag. 267).

plupart du temps au séjour des sondes, que ces sondes n'entretiennent pas seulement le calibre du canal, mais l'élargissent outre mesure dans cet endroit en déprimant fortement sa paroi inférieure ; que, loin de favoriser la cicatrisation, elles pourraient produire la perforation de l'urèthre si elle n'existait pas ; si, en un mot, on eût réfléchi que ces instruments ne peuvent qu'aggraver le mal qu'ils sont chargés de guérir, aurait-on pris, je le demande, la précaution d'en augmenter le calibre et par conséquent les dangers, à mesure qu'ils causaient plus de désordres? Aurait-on persisté dans leur emploi malgré tout, au point même d'amener la mort des malades, comme cela eut lieu dans l'observation qu'on va lire?

Obs. XIII. — M... avait un léger écoulement de l'urèthre, sans douleur ni difficulté dans le passage de l'urine ; nonobstant cela, on fit usage d'une bougie, sous l'influence de laquelle l'irritation s'accrut, l'écoulement augmenta, et la santé s'altéra. Il se forma alors *au scrotum, au niveau de la partie inférieure de l'urèthre*, une tumeur qui, après une irritation locale très-vive, et une réaction générale intense, s'ouvrit et donna passage à l'urine; on eut recours de nouveau à l'introduction d'une bougie, dans le but d'opérer la dilatation du canal, et d'obtenir la cicatrisation de l'ouverture fistuleuse. Mais, après un court espace de temps, il se forma au périnée un nouvel abcès par suite duquel l'urine s'infiltra dans le périnée et le scrotum (1) ; pour donner issue à ce liquide, on fut obligé de pratiquer une large incision; mais il se forma des escarres étendues. Le malade tomba dans un état général d'irritation, puis d'affaissement; enfin cette maladie le conduisit au tombeau. A l'autopsie, on trouva deux ulcères dans l'urèthre sans aucune trace de rétrécissement (2).

Personne, je pense, ne doutera que ce ne soit la persévérance avec laquelle on insista sur l'emploi de la sonde qui a causé la mort du malade. D'autres fois la terminaison n'est pas aussi fâcheuse ; mais on prolonge indéfiniment une fistule qui, sans cela, se fermerait spontanément. En pourra-t-on douter quand on aura lu le fait suivant (3)?

Obs. XIV. — Un jeune homme d'Abbeville portait une fistule urinaire vers la partie moyenne du périnée. Il faisait usage de la sonde de gomme élastique depuis onze mois, pour la guérison de cette maladie; on avait d'abord tenu la sonde bouchée, et le malade ôtait le bouchon chaque fois qu'il voulait satisfaire au besoin d'uriner ; ensuite on l'avait laissé constamment débouchée, et l'urine s'écoulait par cet instrument aussitôt qu'elle était déposée dans la vessie par les uretères. Cependant la fistule ne guérissait pas; on conseilla à ce jeune homme de venir à Paris, et il me fut adressé. Il ôta la sonde pour faire le voyage, pendant lequel la fistule se consolida ; à son arrivée à Paris, je l'examinai, et la cicatrice m'ayant paru bonne, je lui conseillai d'introduire une grosse bougie pour tenir l'urèthre dilaté, et de la retirer chaque fois qu'il voudrait uriner.

Bien certainement c'est la cessation de l'emploi des sondes pendant quelques jours qui a permis à cette fistule de se fermer. Graces soient donc rendues au hasard ; car il est très-probable que si ce malade eût été soumis au traitement de Boyer avant que l'oblitération fût complète, il n'aurait pas guéri. En effet, veut-on savoir à propos de quoi Boyer donne cette observation? le voici : « Il arrive quelquefois que, malgré la dilatation de l'urèthre et l'usage *méthodique* de la sonde, la fistule ne se guérit point. Cela vient ordinairement de ce que l'urine, poussée par la contraction de la vessie, ne passe pas entièrement par la sonde, qu'il s'en glisse une certaine quantité entre l'instrument et les parois de l'urèthre, et que cette quantité, *quelque petite qu'elle soit*, en s'introduisant dans la fistule, suffit pour l'entretenir. On prévient cette déviation de l'urine en tenant la sonde constamment débouchée. Si l'urine continue à couler entre la sonde et les parois de l'urèthre, il faut cesser l'usage de cet instrument et le remplacer par une grosse bougie que le malade retirera chaque fois qu'il voudra uriner. » On voit combien l'auteur se débat pour expliquer un fait qu'il ne comprend pas. Malgré l'esprit éminemment judicieux de Boyer, il n'est pas besoin de grands frais de raisonnement pour faire voir que son explication ne vaut rien et que la pratique qu'il en déduit est plus mauvaise encore ; il me suffira de signaler deux contradictions manifestes dans le court passage que je viens de citer. D'abord, pourquoi une *grosse bougie* empêcherait-elle plutôt le passage de l'urine qu'une sonde de même volume, surtout si on suppose que celle-ci est débouchée de manière à laisser écouler ce liquide à mesure qu'il arrive dans la vessie? En second lieu, comment concevoir qu'on favorise la cicatrisation en laissant écouler par le canal la totalité de l'urine, si *la plus petite quantité* suffit pour entretenir la fistule ? En partant de faux principes, il est difficile d'arriver à de bons résultats ; aussi ne doit-on pas s'étonner que l'auteur finisse par déclarer que ces fistules sont *ordinairement incurables* (1).

Pour se convaincre que ce n'est pas le passage des urines qui met obstacle à l'oblitération des fistules, et je ne parle pas ici de celles au-devant desquelles se trouve un rétrécissement de l'urèthre, il aurait dû suf-

(1) Je ne puis m'empêcher de faire remarquer cette marche antéro-postérieure de l'ulcération: c'est que la sonde ou bougie n'étant plus soutenue en avant, par suite de la destruction de la paroi inférieure de l'urèthre, au niveau du ligament suspenseur, exerce sa pression plus en arrière, parce qu'elle tend toujours à prendre une direction rectiligne.

(2) A. Cooper, *Loc. cit.*, pag. 576.

(3) Boyer, *Loc. cit.*, pag. 266.

(1) *Loco citat.*, pag. 267.

fire de se rappeler qu'après l'opération de la taille par le périnée, toute l'urine passe par une plaie récente, très disposée par conséquent à l'infiltration, et que, malgré cela, cette plaie se cicatrise en douze, quinze ou vingt jours.

Dans le fait suivant, on ne put invoquer l'influence des urines, alors on s'en prit à une cause plus innocente encore.

Obs. xv. — Le nommé Barbe, âgé de cinquante-sept ans, demeurant rue aux Fèves, n° 14, entra à la Charité le 18 septembre 1839. Il me raconta qu'il fut pris d'une rétention d'urine pour la première fois il y a seize ou dix-sept ans, et qu'il entra il y a dix-huit mois, dans un des principaux hôpitaux de Paris, pour se faire traiter de cette maladie.

Le chirurgien lui introduisit une sonde d'argent, et, comme il avait éprouvé quelque peine, il la laissa à demeure pendant sept jours; mais, dès le troisième, il était survenu une douleur très-vive vers la racine antérieure du scrotum, puis un gonflement considérable qui ne tarda pas à s'ouvrir. On remplaça l'instrument métallique par une sonde flexible de la même grosseur, et qu'on renouvelait toutes les semaines. Au bout d'un mois et demi, la fistule ne faisait qu'augmenter et suppurer davantage; le malade éprouvait, en outre, des douleurs intolérables, et il demandait qu'on le débarrassât de la sonde. Sur ses vives instances, l'interne prit sur lui de la remplacer par une autre beaucoup plus petite; mais alors l'urine passait presque continuellement entre elle et le canal, et sortait par la fistule. Malgré cela, celle-ci se ferma en huit ou dix jours. Le chirurgien étonné dit à ses élèves que le passage des urines avait sans doute favorisé la cicatrisation, en entraînant les mucosités qui séjournaient auparavant dans le canal.

Bien que ce malade me rendît compte de ce qu'il avait éprouvé avec toute la netteté désirable, je n'aurais cependant pas parlé de cette explication anti-physiologique si elle ne se trouvait publiée et soutenue dans des ouvrages fort estimables d'ailleurs. M. Lallemand, en particulier, a beaucoup insisté sur l'obstacle que les mucosités abondantes sécrétées par le canal apportent à la cicatrisation des fistules urinaires. Pour moi, je demeure convaincu que la cicatrisation ne s'est opérée que parce que la flexibilité de la petite sonde se prêtait facilement aux courbures de l'urèthre, et qu'elle ne déprimait pas, comme les grosses, sa paroi inférieure au niveau de la seconde courbure. Le mieux aurait été de n'en employer aucune.

Toutefois, avant de finir, je prierai le lecteur de ne pas conclure de ce que je viens de dire que je blâme l'emploi des sondes d'une manière générale et dans tous les cas de fistules uréthrales : je n'ai eu qu'un but ici, c'est de faire voir qu'il en est où elles sont nuisibles, et que bien souvent les préceptes des auteurs sont en opposition directe avec les efforts de la nature. Une autre fois je traiterai des fistules urinaires en particulier, et je ferai voir qu'il en est peu qui soient incurables.

Mercier, D.-M.-P.

III. Recherches sur la conformation de la poitrine chez les enfants et sur la déformation de cette cavité.

Depuis quelques années, les pathologistes qui ont étudié d'une manière approfondie les maladies des organes respiratoires se sont spécialement occupés des différentes déformations que les lésions des viscères contenus dans la poitrine, impriment aux parois de cette cavité. Pour déterminer exactement la nature, l'étendue, le siége de ces déformations, il fallait décrire avec précision la forme du thorax à l'état normal, et indiquer quelles sont les conditions qui peuvent modifier ce type primitif. M. Voillez, dans ses recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine, s'est efforcé de résoudre la plupart des questions que soulève ce point important de pathologie. Ce travail, digne d'éloges, est cependant loin d'être complet; en bornant ses recherches aux déformations de la poitrine chez l'adulte, il a laissé de côté plusieurs faits intéressants qui ne lui eussent certainement pas échappé, si, traitant son sujet dans son entier, il eût étudié la forme du thorax à tous les âges.

Dès l'année 1837, nous nous sommes attachés, dans nos travaux sur les maladies des enfants, à étudier avec soin la conformation normale, et les différentes déformations que présente la poitrine dans le jeune âge. Le travail que nous allons soumettre au lecteur n'est que le fragment d'un mémoire plus considérable dont nous publierons bientôt les autres parties.

Les déformations de la poitrine chez l'enfant peuvent survenir sous l'influence de différentes causes qui agissent tantôt sur la cage osseuse primitivement, tantôt, au contraire, sur les organes quelle renferme.

Parmi les premières, une des plus remarquables sans doute, est la dépression latérale des parois costales, qui survient sous l'influence du rachitisme. Les auteurs anciens qui ont donné une description générale du rachitisme ont à peine indiqué celui des côtés. J.-L. Petit, Portal, Levacher de la Gentrie, parlent des nodosités costales, sans s'occuper de l'influence de ces déformations sur les organes intérieurs : Dupuytren, dans son mémoire sur la dépression congénitale latérale de la poitrine, se contente de donner une description presque entièrement symptomatologique. Après avoir décrit le rétrécissement latéral des parois du thorax, « qui sont, dit-il, enfoncées comme si, à l'époque où elles étaient molles et flexibles, susceptibles de prendre toutes les formes et toutes les courbures, elles avaient été comprimées d'un côté vers l'autre, » il conseille, comme moyen de traitement, des exercices musculaires qui peuvent tirer les parois thoraciques en dehors, et des pressions d'avant en arrière faites pendant le moment de l'expiration. M. Rufz, dans son mémoire sur le rachitisme, traita ce point

de l'histoire de cette maladie avec plus de développement. Il décrivit avec soin la lésion des os, dit quelques mots de celle des poumons, mais laissa de côté un grand nombre de questions importantes. M. Jules Guérin, dans son excellent travail sur le rachitisme (*Gazette médicale*), décrit de la manière la plus complète les altérations du tissu osseux, et indique toutes les phases de leur développement; mais il n'a pas envisagé la question sous le point de vue spécial dont nous nous occupons actuellement. Comme nous l'avons dit au commencement, nous nous proposons ici d'étudier d'une manière spéciale :

1° Les changements que détermine, dans la conformation de la poitrine, la dépression des parties latérales des côtes ;

2° Les modifications qui en résultent dans les faiblesses des organes respiratoires, et dans les signes fournis par la percussion et l'auscultation ;

3° Les altérations, soit de la cage osseuse, soit des organes contenus dans sa cavité;

4° Enfin, les causes physiologiques et le mécanisme de la déformation.

ARTICLE Ier.

Configuration de la poitrine chez l'enfant rachitique.

Si on s'approche d'un enfant dont la poitrine est déformée par le rachitisme, on est frappé de l'aspect tout particulier qu'il présente ; maigre, chétif, peu développé pour son âge, ses traits, ses mouvements respiratoires, indiquent l'oppression à laquelle il est en proie ; ses yeux gros, saillants, largement ouverts, sa figure peu colorée, ou légèrement violacée aussi bien que ses lèvres, son nez, dont les ailes se dilatent largement, impriment à sa physionomie une expression toute spéciale; puis, quand on voit qu'il préfère la position assise, que souvent il se tient avec ses deux mains à la barre de son lit comme s'il voulait donner plus de force à ses muscles inspirateurs, que les inspirations se répètent trente-deux, quarante, quelque fois même soixante fois par minute; on peut croire, en présence d'une telle oppression et d'un tel *facies*, que le jeune malade est atteint d'un accès d'asthme, ou d'une grande affection des organes thoraciques. La persistance de la vie paraît incompatible avec de pareils symptômes.

Et cependant, malgré cette extrême dyspnée, l'enfant s'occupe de ce qui l'environne, il joue, il mange, il accomplit toutes ses fonctions, et cela pendant des journées, des semaines, des mois. Si l'on interroge les parents, on apprend que depuis un ou deux ans il est dans le même état ; que dès sa première enfance il a commencé à se nouer ; qu'il a été pris d'oppression d'abord peu intense; puis, que ce symptôme n'a cessé d'augmenter jusqu'au point où il est actuellement.

Alors, si on vient à examiner le malade dépouillé de ses vêtements, on est frappé de la forme singulière de sa poitrine ; le sternum, qui paraît fortement projeté en avant, est bombé, presque anguleux de haut en bas; immédiatement après lui, les cartilages se portent en arrière, comme s'ils allaient toucher la colonne vertébrale ; de là résulte un aplatissement extraordinaire des régions axillaires qui sont rentrées, concaves.

Ce premier coup d'œil ne suffit pas pour saisir tout l'ensemble des difformités de la poitrine ; on voit bientôt que, sur les côtés du thorax, il existe une série de nodosités qui répondent à l'union des cartilages et des côtes, en sorte qu'elle forme deux lignes qui, parties du haut du thorax en avant, se dirigent en bas et en dehors, de manière à circonscrire entre elles une sorte de carapace, soit arrondie, soit anguleuse, plus large à la partie inférieure qu'à la supérieure formée par le sternum, qui est poussé comme en avant par les cartilages costaux. Ces saillies arrondies, mamelonnées, dépendant évidemment des os, plus considérables à la base de la poitrine, siégent à la partie la plus déprimée du thorax, ou un peu en avant, et semblent toucher les côtés du corps des vertèbres : le rétrécissement existe dans presque toute la hauteur depuis la deuxième ou troisième côte, jusqu'au dessous du mamelon ; à ce niveau les fausses côtes se relèvent, et forment une saillie qui enveloppe la partie supérieure de l'abdomen, augmentent ainsi la dépression thoracique, et ajoutent l'apparence à la réalité.

D'autre part, les viscères abdominaux ne pouvant être déprimés par les parois molles qui les renferment, se dessinent parfaitement ; le foie à droite, l'estomac à gauche soulèvent les fausses côtes, mais presque toujours inégalement, en sorte que la poitrine paraît un peu déjetée, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le ballonnement des intestins, habituel au bas âge, complète la forme sphérique de l'abdomen ; en sorte que ce globe abdominal est comme coiffé de la partie inférieure de la poitrine qu'il dilate, tandis que la partie supérieure reste déprimée : on dirait, s'il nous était permis de nous servir d'une comparaison aussi triviale, un de ces jouets d'enfants, connus sous le nom de *poussah*.

Si l'on examine ensuite la poitrine à sa partie postérieure, on voit que toute cette partie du thorax est bien conformée, mais que le bas de la région dorsale présente une courbure qui s'étend sur toute la région lombaire, courbure unique, à concavité antérieure, s'effaçant en grande partie lorsqu'on soulève l'enfant, ce qui fait supposer qu'elle est causée par l'affaissement des cartilages intermédiaires ; courbure qui, diminuant ainsi la hauteur verticale de l'abdomen, contribue encore à lui donner la forme globuleuse que

nous avons notée. Quelquefois cependant la poitrine présente en arrière une légère déformation, mais elle ne tient pas au thorax lui-même, c'est une saillie à la région des omoplates, due à l'épaississement rachitique de ces os, circonstance importante, et sur laquelle nous reviendrons bientôt.

Si, après avoir examiné la poitrine à l'extérieur, on étudie ses mouvements et la manière dont s'exécutent l'expansion et le rétrécissement de la cage osseuse, on observe une série de phénomènes des plus remarquables, qui nous serviront à expliquer ce rétrécissement lorsque nous connaîtrons l'anatomie des parois thoraciques.

En effet, pendant chaque inspiration, l'abdomen se gonfle considérablement : la poitrine, au contraire, se rétrécit de manière à exagérer la forme que nous avons décrite ; le rétrécissement est surtout remarquable un peu au-dessous du mamelon, on dirait qu'une ceinture étrangle circulairement la poitrine et tend à pousser les organes abdominaux. Au-dessus de cette dépression circulaire, il s'en fait une autre verticale qui s'étend depuis le haut de la région axillaire en avant jusqu'au point où les fausses côtes se relèvent : et, dans toute cette étendue, les côtes s'affaissent comme les espaces intercostaux; le sternum seul est un peu chassé en avant et en haut.

Pendant l'expiration au contraire, les phénomènes inverses ont lieu, et la poitrine revient à l'état que nous avons décrit plus haut.

A la région précordiale, un autre phénomène frappe l'attention; les battements du cœur s'aperçoivent distinctement, non pas seulement à travers les espaces intercostaux, mais souvent les côtes elles-mêmes sont soulevées, comme si elles cédaient aussi facilement que les tissus membraneux qui les séparent.

Le tableau que nous venons de tracer de la conformation de la poitrine, chez l'enfant rachitique, est celui d'un sujet chez lequel la déformation est arrivée à son summum de développement. Or, ce maximum est loin d'exister chez tous les enfants; on en voit même un assez grand nombre qui présentent seulement une légère saillie à l'union des cartilages et des côtes; saillie à peine apparente, et souvent bien plus sensible au toucher qu'à la vue ; chez ceux-ci, la poitrine n'est pas déformée, à peine existe-t-il une légère dépression au-dessous du mamelon; cette dépression, d'ailleurs, est commune à presque tous les enfants de cet âge, rachitiques ou non, bien qu'elle dépende de la même cause, c'est-à-dire du peu de résistance qu'oppose le tissu osseux aux puissances qui agissent sur lui.

Mais entre ce premier degré et celui que nous avons décrit tous les intermédiaires sont possibles, depuis la saillie la plus anguleuse du sternum jusqu'à un aplatissement assez considérable de la partie antérieure du thorax.

Quelquefois, en effet, bien que les nodosités chondro-costales existent, la poitrine est large en avant, peu saillante ; les régions axillaires sont peu déprimées, ou bien encore la poitrine est très aplatie sur les côtés, et le sternum paraît arrondi parce que les cartilages costaux suivent sa courbe pour former la carapace antérieure; on voit aussi la saillie anguleuse du sternum être transversale au lieu de verticale. Alors elle siége au niveau de l'appendice, et le sternum se portant en avant, depuis son bord supérieur jusqu'à son extrémité inférieure, se brise là tout à coup comme si une puissance quelconque avait forcé son appendice à se porter en arrière. Nous verrons que la cause de cette brisure est la même que celle de la dépression circulaire, et cela nous expliquera pourquoi le sternum n'est jamais brisé, dans ce cas, au niveau de l'union de la première pièce avec la seconde, comme on l'observe quelquefois chez l'adulte.

Dans quelques cas, la série des nodosités, au lieu d'être régulièrement croissante en volume de haut en bas, est inégale et irrégulière, en sorte que la saillie la plus considérable répond aux premières côtes ou aux côtes moyennes ; on voit parfois quelques unes des saillies manquer ; il arrive même que l'on n'en rencontre aucune : alors la dépression longitudinale de l'aisselle paraît considérable.

Plusieurs fois nous avons mesuré des poitrines ainsi déformées : jamais le ruban que nous avons employé n'a pu suivre d'une manière continue les parois thoraciques, toujours il formait un pont au niveau de la dépression axillaire.

Nos mesures, trop peu répétées pour que nous puissions en tirer une conclusion générale, nous ont cependant amené à ce résultat, que, la poitrine étant rejetée à droite ou à gauche, presque toujours le côté droit offre une prédominance de volume sur le côté gauche; prédominance plus grande à la partie supérieure qu'à l'inférieure, de telle sorte que le diamètre sous-axillaire droit l'emportait de deux centimètres sur le sous-axillaire gauche, et que le diamètre sous-mamelonnier droit ne l'emportait que d'un centimètre sur le gauche; et, enfin, la mesure totale de la poitrine ne nous a pas donné une différence assez sensible pour que nous puissions affirmer que la circonférence d'une poitrine rachitique soit moindre que celle d'une poitrine à l'état sain. Bien, encore une fois, que nos mesures ne soient pas assez nombreuses pour que nous puissions considérer ce résultat comme positif, il n'indique pas moins que le rétrécissement inférieur est uniquement causé par le creux de la région axillaire, qui ne peut pas influer sur une mesure générale.

—

Article II.

Auscultation et percussion.

Lorsque l'on veut explorer la poitrine des jeunes sujets dont les parois thoraciques présentent la déformation que nous venons de décrire, on éprouve de prime abord deux grandes difficultés : l'oreille ne s'applique qu'avec peine sur les saillies ou sur les dépressions antérieures et latérales, et ne repose pas d'une manière immédiate sur les points que l'on veut explorer. Lorsque l'enfant est très-jeune, on peut user du procédé employé chez les nouveau-nés : on le saisit d'une main à bras le corps, et l'on peut ainsi appliquer aisément l'oreille à la partie postérieure. Pour examiner la poitrine en avant, on peut faire tenir l'enfant sur un plan horizontal, dans les bras d'une autre personne. La région thoracique étant portée au niveau de l'oreille de l'explorateur, il éprouve bien moins de difficulté que lorsqu'il est obligé de s'incliner lui-même pour que l'organe de l'audition soit en rapport avec la poitrine du petit malade. Du reste, ces difficultés varient suivant l'étendue et l'intensité de la lésion; mais en général elles sont assez grandes pour interdire, dans presque tous les cas, l'emploi du stéthoscope, la mobilité et la dureté de l'instrument l'empêchant d'appuyer solidement sur la surface que l'on veut examiner et de s'accommoder à sa configuration; le pavillon de l'oreille, au contraire, étant fixe et formé de parties molles, se prête beaucoup mieux à ce genre d'exploration.

Quel que soit, du reste, le procédé mis en usage, l'on ne tarde pas à s'apercevoir que les signes fournis par l'auscultation et la percussion, chez l'enfant rachitique, ne sont pas en tout semblables à ceux que présente l'enfant dont la poitrine est bien conformée.

Nous allons insister sur ces différences, parce qu'elles sont d'une haute importance pour le diagnostic des affections thoraciques, et parce que bien souvent nous-mêmes avons cru à une lésion grave des poumons dans des cas où des signes fournis par l'auscultation dépendaient seulement de la déformation du thorax.

En avant, sur le sternum, et du côté droit, la sonoréité est grande, tandis qu'à gauche elle est souvent diminuée au point que l'on constate de la matité dans toute la hauteur; la respiration est généralement pure et forte à droite ; à gauche elle est obscure ou presque nulle dans les cas où il y a matité. Cette matité et cette absence du bruit respiratoire, faciles à concevoir à cause de la présence du cœur, sont, dans quelques circonstances, assez étendues pour faire croire à une lésion du poumon.

Dans les aisselles et les points les plus déprimés, la sonoréité est grande, quelquefois autant qu'en avant ; la respiration s'y entend forte et pure. Sur les nodosités la percussion est quelquefois peu sonore. En arrière, le son est en général clair, dans les deux régions dorsales inférieures. Cependant cette règle n'est pas constante, et, dans certains cas, la percussion est peu sonore, soit à droite, soit à gauche. Cette diminution de sonoréité tient à deux causes : ou bien à la position de l'enfant au moment où l'on pratique l'exploration de la poitrine, ou bien à ce que les côtes sont en arrière plus saillantes d'un côté que de l'autre. Dans le premier cas, la matité n'est pas persistante ; il suffit, pour la faire disparaître, de pratiquer la percussion après avoir mis l'enfant dans une position convenable, en le faisant tenir dans les bras, par exemple. Dans le second cas, au contraire, une meilleure position de l'enfant ne modifie pas les résultats fournis par la percussion ; le son reste toujours obscur. Il faut avoir grand soin alors d'examiner attentivement la conformation du thorax. De plus, en pratiquant l'auscultation, on pourra en général dissiper toute erreur. Cependant il y a des cas où l'auscultation et la percussion semblent s'accorder pour jeter du doute non seulement sur la nature de l'affection thoracique, mais encore sur son existence. Nous développerons bientôt cette proposition. Ce que nous venons de dire des régions dorsales inférieures est en partie applicable à la partie supérieure de la poitrine. Cependant, dans cette région, une cause d'erreur dans la valeur des résultats fournis par la percussion dépend du développement considérable que prennent les omoplates. Sous l'influence du rachitisme, ces os s'épaississent ; ils peuvent doubler, tripler d'épaisseur, et alors la percussion pratiquée dans les fosses sous-épineuses donne une matité presque complète. Si l'on n'a pas soin d'apprécier par le toucher la différence, soit absolue, soit relative, de l'épaisseur des omoplates, on peut fort bien croire que la matité dépend d'une hépatisation, ou du développement des tubercules à la partie postérieure et supérieure des poumons. Nous avons commis, et nous avons vu commettre par des personnes fort habituées à l'auscultation, une erreur dans laquelle il est d'autant plus facile de tomber que l'auscultation est loin, dans bien des cas, de dissiper la méprise.

L'auscultation, pratiquée à la partie postérieure de la poitrine, ne fournit pas toujours les mêmes résultats. Quelquefois la respiration est parfaitement pure des deux côtés en arrière, mais le plus souvent elle présente des caractères qui diffèrent d'avec ceux que l'on constate dans les cas où la poitrine est bien conformée. Ainsi l'on entend dans toute la hauteur, soit d'un seul, soit des deux côtés, un gros ronflement qui a lieu pendant les deux temps inspiratoires, et marque complètement l'expansion vésiculaire ; ce ronflement n'est souvent que le retentissement du bruit qui se perd dans l'ar-

rière-bouche, ce dont il est facile de s'assurer en approchant l'oreille de la bouche de l'enfant, et en examinant attentivement la manière dont il respire. D'autres fois, ce gros ronflement est remplacé par un bruit plus sec, qui se rapproche d'un sifflement, et que l'on entend aussi pendant l'inspiration et l'expiration. Une fois nous l'avons comparé au bruit produit par un soufflet de forge. Dans ce cas, il était d'autant plus marqué que les inspirations étaient plus fréquentes. Enfin, quelquefois, le long de la colonne vertébrale, la respiration des rachitiques simule, à s'y méprendre, la respiration bronchique. Les inspirations sont si brèves que les vésicules semblent n'avoir pas le temps de se dilater, et que l'air ne pénètre que dans les gros troncs bronchiques. D'un autre côté, les expirations sont aussi très-courtes, se font avec effort et avec bruit; on dirait (qu'on nous pardonne la trivialité de notre comparaison) que l'enfant *crache* sa respiration. De ce double phénomène il résulte que, dans certains cas rares, il est loin d'être facile de distinguer cette pseudo-respiration bronchique de la véritable, puisque l'altération du timbre porte sur les deux temps, et qu'ainsi l'on manque d'un des moyens les plus aisés de distinguer la respiration exagérée de la respiration bronchique.

Tout le monde sait, en effet, que, dans la première, l'altération du timbre ne porte que sur l'inspiration, tandis que l'expiration s'entend à peine. En outre, si, comme cela arrive assez souvent, quelques bulles de râles viennent se mêler à cette fausse respiration bronchique, il est extrêmement difficile de ne pas commettre d'erreur; aussi faut-il bien se garder de porter de suite un diagnostic positif. Avant tout, il faut chercher à apprécier quelle est la source des bruits qui se passent dans la poitrine. Pour cela, comme nous l'avons déjà dit, il faut approcher l'oreille de la bouche de l'enfant, et voir si les bruits que l'on perçoit ne sont pas le retentissement de ceux qui se passent dans le larynx. De plus, lorsque l'oreille est habituée au timbre véritablement bronchique de la respiration, elle saisit d'ordinaire des nuances qui lui permettent d'établir la véritable nature de l'altération du bruit respiratoire. La respiration bronchique, qui dépend de l'hépatisation du poumon, a un timbre particulier qui n'existe pas dans la fausse respiration bronchique des rachitiques. Mais, comme ces caractères sont difficiles à saisir, il faut, avant tout, chercher à restituer à la respiration son timbre normal. Ainsi, dans les cas où l'on ausculte l'enfant dans la position assise, il faut se garder d'appliquer l'oreille sur sa poitrine au moment où l'on vient de le mettre sur son séant; car alors il s'agite dans sa nouvelle position, sa respiration s'accélère, devient bruyante, soit dans l'inspiration, soit dans l'expiration, et expose à toutes les causes d'erreur que nous avons énumérées; mais si, au contraire, on a la précaution de n'appliquer l'oreille sur les parois de la poitrine que lorsque l'enfant est calme et tranquille, l'on parvient aisément à constater la pureté du bruit respiratoire. En auscultant à plusieurs reprises dans la même journée, on parviendra aisément à un diagnostic positif. En effet, il suffit, après avoir placé l'enfant dans les conditions voulues, d'entendre une seule fois les caractères de la respiration vésiculaire, pour être fixé sur l'état des organes respiratoires. Rien ne simule le timbre pur, moelleux, de la respiration normale, si bien décrite par Laënnec, tandis que plusieurs causes différentes peuvent produire le caractère bronchique.

On comprendra facilement, d'après tout ce que nous venons de dire, combien, lorsque la fausse respiration bronchique est jointe à la matité simulée par la saillie postérieure d'un des côtés de la poitrine, le diagnostic est difficile. C'est à cette circonstance que nous faisions allusion en disant que l'auscultation ne rectifiait pas toujours les erreurs de la percussion.

Enfin, comme les sujets dont la poitrine est déformée à un haut degré présentent les mêmes symptômes que les malades atteints d'une grave affection des poumons, comme le pouls est accéléré, la respiration fréquente, les ailes du nez dilatées, la face congestionnée, le facies anxieux, l'état général concourt encore à tromper l'observateur et à multiplier ses chances d'erreur de diagnostic.

Nous devons, avant de terminer cet article, dire quelques mots sur la valeur des râles. Chez les sujets rachitiques, la comparaison d'un grand nombre d'observations nous a démontré que la déformation des parties latérales de l'axe thoracique, en rétrécissant la capacité de la poitrine, rend très-faciles les congestions pulmonaires et favorise l'accumulation des mucosités dans la partie postérieure du poumon; de là la facilité avec laquelle, sous l'influence des causes les plus légères se produisent des râles sous-crépitants ou muqueux à la partie postérieure du thorax. Aussi faut-il y attacher bien moins d'importance que dans les cas où ils existent chez des sujets dont la poitrine est bien conformée. Comme nous l'avons établi dans notre monographie de la pneumonie des enfants, du râle sous-crépitant entendu pendant quelques jours, soit d'un seul côté, soit des deux côtés en arrière, chez un enfant de deux à quatre ans, est un signe presque certain du développement d'une pneumonie. Chez les rachitiques, cette loi n'est pas aussi absolue, et le râle sous-crépitant ne possède la valeur que nous lui avons assignée que dans les cas où ses bulles sont abondantes, égales, et où il persiste pendant plusieurs jours de suite.

—

ARTICLE III.

Altération de la cage osseuse et des organes contenus dans son intérieur.

La description que nous venons de faire n'a pu donner qu'une idée imparfaite des désordres qui existent, soit dans la cage osseuse, soit dans les organes intérieurs. Ces désordres, bien que remarquables, n'entraînent cependant que rarement la mort du malade; presque toujours quelque affection thoracique ou intestinale vient joindre son action à celle de cette cause incessamment asphyxiante. L'on conçoit, en effet, qu'il faut une lésion bien peu étendue des organes respiratoires, pour que l'hématose cesse d'être complète.

§ I. *Cage thoracique.* — Si, en enlevant le sternum, on a soin de pratiquer la section sur le tissu osseux des côtes au delà des nodosités, on voit que la face postérieure de cet os présente une disposition inverse de celle qui existe à l'extérieur; la convexité de sa face postérieure est augmentée par les cartilages qui se portent en arrière, et l'extrémité de ceux-ci présente une série de nodosités pareilles à celles que l'on voyait en dehors, situées en regard d'elles ou un peu en dedans, mais généralement plus saillantes, plus aiguës, quelquefois même presque tranchantes ; en sorte qu'il y a là non-seulement dépression des côtes, mais encore tuméfaction des tissus.

Les saillies intérieures les plus considérables ne répondent pas ordinairement aux saillies extérieures les plus proéminentes; quelquefois une saillie intérieure répond à un enfoncement extérieur, et réciproquement. Le plus ordinairement, la saillie principale est à la troisième, quatrième ou cinquième côte ; quoi qu'il en soit, cette série de mamelons se porte en bas et en dehors, représentant assez exactement la série d'éminences qui se dessinent sur le dos de la main lorsqu'on fléchit les doigts. Elles augmentent par conséquent de toute leur épaisseur la dépression que l'on voyait à l'extérieur, en sorte qu'elles longent la colonne vertébrale, et n'en sont séparées que par un espace étroit; dans certains cas même, il nous a paru que quelques-uns des mamelons étaient presque en contact avec elles, de telle sorte que la face antérieure des vertèbres tendait à saillir dans la concavité sternale, et que la cavité thoracique, représentant une sorte de trèfle, était divisée en trois compartiments arrondis, en trois cylindres verticaux, dont deux, postérieurs et latéraux, comprenaient la partie postérieure du poumon; et l'antérieur moyen, la partie antérieure des poumons et le cœur.

Si, après cet examen de la partie antérieure du thorax, on examine ensuite sa cavité en arrière, on voit que les côtes, sans avoir augmenté d'épaisseur, font souvent une saillie considérable à l'intérieur de la poitrine, de manière à représenter à peu près les côtes des oiseaux, dans l'intervalle desquelles se loge une portion du poumon.

Pour étudier convenablement la structure des saillies mamelonnées, il faut détacher une côte avec le cartilage et la saillie, puis faire une coupe qui les divise suivant leur longueur ; de cette manière on obtient une surface plane qui représente l'épaisseur de la côte et du cartilage, et qui fait voir de combien le mamelon fait saillie, soit en dehors soit en dedans.

Nous avons essayé de représenter, par un dessin fait d'après nature, plusieurs de ces sections, afin de faire voir les différents degrés de gonflements, la marche que suit la déformation, et jusqu'à un certain point sa nature.

Voici ce que présente toujours cette section :

1° Le cartilage, qui, à son extrémité, s'épaissit un peu ; il conserve sa forme, sa couleur, sa texture ; il est blanc, élastique, demi-transparent, et présente souvent, à son extrémité la plus interne, des petits vaisseaux plus ou moins ramifiés.

2° La côte, molle et infiltrée de liquide sanglant ; elle conserve en partie sa forme, ou s'élargit un peu à son extrémité chondrale, et décrit une légère courbe à concavité interne, en sorte qu'elle tend à se porter sur la face interne de ce cartilage au lieu de suivre le même axe que lui ; souvent, au point où elle concourt à former les mamelons, elle diminue de volume, et devient alors comme tranchante à son extrémité, et c'est là ce qui forme la partie la plus saillante du mamelon interne. Il en résulte que la face interne de la côte est libre, que sa face externe est en contact avec un tissu dont nous parlerons bientôt, et qu'elle tend ainsi à chevaucher sur le cartilage.

La lame mince de tissu compact, qui limite la côte à l'extérieur, peut être suivie sur sa face interne presque jusqu'à l'extrémité saillante ; sur la face externe au contraire, elle disparaît peu à peu, et on n'en trouve aucune trace au point où la côte est en contact avec le tissu que nous avons indiqué.

Le tissu spongieux de la côte, gorgé de sang, est formé d'aréoles assez grandes à une certaine distance du cartilage; mais plus on s'en rapproche, plus il est fin et délié; et, comme d'ailleurs le tissu osseux est mou et flexible, on dirait une fine éponge imprégnée de sang. Il est remarquable, en effet, de voir que la côte, assez molle pour être facilement comprimée par le doigt, pour être entamée par un scalpel, par l'ongle même, ressemble à ces os qui, étant trempés pendant quelque temps dans l'acide nitrique, sont réduits à leur élément gélatineux et ont perdu leurs sels calcaires.

Cependant la côte n'est pas toujours tranchante à son extrémité ; son ramollissement peut s'être fait également sur les deux faces, en sorte qu'elle tend à pénétrer le tissu moyen plutôt qu'à glisser devant lui.

3° Entre la côte et le cartilage il existe un tissu particulier qui manque complètement dans l'état normal, et qui par sa nature tient le milieu entre le cartilage et la côte ; ressemblant plus, tantôt à l'un, tantôt à l'autre, en sorte qu'il serait difficile de dire auquel il appartient plus spécialement.

La trame de cette substance intermédiaire est un tissu blanc bleuâtre demi-transparent, comme nacré ; plus mou et plus cassant que le cartilage, il se laisse facilement entamer par l'ongle, sous lequel il se casse en fragments, plutôt que de se laisser déprimer. Il jouit aussi d'une certaine élasticité, en sorte que si on vient à le plier, il cède et peut revenir, comme le cartilage, à sa forme première ; si on continue à le plier, il se brise plus facilement que ce dernier.

Dans l'intérieur de ce tissu, on voit le plus souvent des fibres grises opaques, dirigées longitudinalement, arrivant presque toujours jusqu'à la côte, et semblant se continuer avec elle, lorsque celle-ci est parallèle à la substance nacrée; tombant au contraire perpendiculairement sur la côte, lorsque celle-ci chevauche entièrement sur cette substance. Autre cas : quelques-unes de ces fibres sont renfermées dans le tissu nacré, et ne touchent pas à la côte ; aucune d'elles n'arrive jusqu'au cartilage. Le nombre de ces fibres est très-variable ; quelquefois il n'y en a que deux ou trois, ou même on n'en voit aucune, ou bien elles sont si abondantes qu'elles paraissent être une dépendance du tissu costal, et dans les mailles serait déposé le tissu nacré. Ces différences sont si nombreuses que l'on ne saurait dire si ce tissu nacré est antérieur ou postérieur à la formation des fibres.

Le tissu nacré est vasculaire ; ordinairement deux ou trois petits vaisseaux sinueux le parcourent et se dirigent, mais non constamment, vers le cartilage avec les vaisseaux duquel ils s'abouchent ; le vaisseau d'abouchement entre le cartilage et le tissu nacré étant unique, il se ramifie tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre ; du sang en remplit la cavité.

La vascularisation est quelquefois assez grande pour que tout le tissu nacré ait une teinte rosée, quelquefois même pour qu'il reproduise des hémorrhagies sur lesquelles nous allons revenir.

Le périoste costal se continue sans interruption sur le tissu nacré, pour se joindre au périchondre ; il s'épaissit même lorsque le gonflement, n'existant que d'un seul côté, laisse un creux à l'opposite. On voit facilement dans quelques cas des vaisseaux qui passent du périoste au tissu nacré ; nous avons vu une fois un épanchement de sang assez considérable qui paraissait avoir ces vaisseaux pour point de départ. Voici quelle en était la disposition : en enlevant les parties molles qui recouvraient chaque mamelon, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, on trouva tout autour du sang extravasé en très grande quantité, formant des ecchymoses qui s'étendaient fort loin ; cet épanchement était assez considérable. Le périoste de la côte pouvait être suivi sur le tissu intermédiaire et sur le cartilage; très adhérent au dernier et à la première, il était séparé du tissu moyen par des caillots sanguins.

Si, pour déterminer le mode d'union de cette substance à la côte et au cartilage, on cherche à les séparer par brisure, le tissu nacré reste adhérent, tantôt à la côte, tantôt au cartilage, tantôt à tous les deux à la fois. Lorsqu'il se sépare de l'un ou de l'autre, il présente un pointillé rouge plus ou moins abondant; la surface de la côte, et surtout celle du cartilage, est inégale, rugueuse, et comme mamelonnée.

RILLIET et BARTHEZ,

(La suite à un prochain numéro.)

IV. Du monésia et des bons effets de son administration dans les affections scrofuleuses, etc.

Une nouvelle substance végétale vient d'enrichir la matière médicale : le monésia, importé de l'Amérique du sud, sous forme d'extrait brun, foncé, friable, entièrement soluble dans l'eau, de saveur d'abord sucrée, puis astringente. Cet extrait provient d'une écorce lisse, grisâtre, comme celle du platane, mais dont la saveur douce contraste avec l'amertume de celui-ci. Les naturalistes, qui l'ont examiné, pensent que l'arbre qui le fournit est un *chrysophyllum*, et qu'il appartient à la famille des *sapotées*. L'écorce contient, en principes solubles, de la chlorophille, de la cire végétale, une matière grasse et cristallisable, de la glycyrrhizine, une matière âcre, un peu amère, un peu de tannin, un acide organique, une matière colorante rouge, analogue à celle du quinquina, des phosphates de chaux et de magnésie ; enfin des sels de chaux à acide organique.

Le monésia a été administré dans diverses afections internes, telles qu'entérites chroniques avec diarrhée, dyspepsies, hémoptysies, bronchorrées chroniques, hémorrhagies scorbutiques, par MM. les docteurs Alquié, Baron, Daynac, Manec, Martin Saint-Ange, Monod, Payen, etc. Ils l'ont prescrit à l'intérieur, sous forme d'extrait aqueux, sirop, pilules, pastilles, pâte, chocolat et teinture hydro-alcoolique.

La pommade de monésia, contenant un huitième de son poids d'extrait, la poudre d'extrait pur ou de la matière âcre ont été appliquées à l'extérieur, et administrées sous forme d'injections, lorsqu'il s'est agi de les porter sur le col de l'utérus ou dans l'intérieur du canal de l'urètre. Cet usage externe a été surtout opposé aux métrorrhagies, aux leucorrhées chroniques, au cancer utérin, aux ulcères vénériens et scrofuleux, serpigineux et rongeants, aux engelures ulcérées,

aux ulcères douloureux, suites de l'application de vésicatoires, de brûlures profondes, d'anciennes blessures ou de varices, à l'ophthalmie purulente, etc., qui avaient résisté à d'autres médications. Dans les ulcérations syphilitiques, on ajoutait le traitement interne spécifique.

Mais c'est surtout dans les hémorrhagies utérines, les affections scrofuleuses glandulaires et ulcéreuses, avec ou sans carie des os, et dans diverses affections de la bouche avec inflammation ou tuméfaction scorbutique des gencives que le monésia s'est montré un très puissant remède.

Entre autres observations, M. le docteur Martin Saint-Ange a consigné dans la *Gazette médicale de Paris* celle d'un malade atteint d'engorgements scrofuleux des glandes, des aines et des fosses iliaques, ainsi que de trois ulcérations profondes. Un grand nombre de médications avaient été employées infructueusement ou avec des succès partiels et sans durée. L'usage du monésia, à l'intérieur et à l'extérieur, aidé de quelques laxatifs, pour combattre une constipation qui en avait arrêté les bons effets, finirent par déterminer la cicatrisation des ulcères et par résoudre complétement l'engorgement des ganglions lymphatiques inguinaux, et, en partie, ceux du bassin.

Une autre observation d'affection scrofuleuse, guérie par le monésia, a été recueillie par M. Martin Saint-Ange; elle est d'autant plus significative que, parmi les ulcères scrofuleux dont était atteint le malade qui en est le sujet, ceux fistuleux qu'il avait au doigt auriculaire, au nombre de trois, étaient compliqués d'engorgement, de dénudation et de CARIE de la première phalange, constatées par l'introduction d'un stylet, et par la nature de la suppuration. La détuméfaction et la cicatrisation des fistules digitales furent obtenues en vingt jours, en saupoudrant leurs orifices avec la matière âcre du monésia. Un ulcère également scrofuleux, à la face dorsale de la main, fut guéri par les mêmes applications, tandis qu'une ulcération du coude, pansée avec le cérat seul, persista. Cependant, l'affection, ayant récidivé, fut, en vain, traitée à l'hôpital Saint-Louis par les fumigations, les bains sulfureux et des remèdes internes; le mal s'aggrava notablement et fut de nouveau guéri, mais, cette fois, solidement, par M. le docteur Martin, qui répara l'omission qu'il avait faite, dans le premier traitement, de l'administration du monésia à l'intérieur. En trente-cinq jours, le malade fut guéri par l'usage interne et quotidien de deux cuillerées de teinture de monésia et de douze pilules, contenant chacune vingt centigrammes, ou quatre grains, d'extrait de cette substance.

J'ai essayé l'extrait de monésia dans diverses affections de la bouche, notamment dans l'inflammation des gencives, et j'en ai constamment obtenu de bons résultats. Son application produit surtout un effet bien remarquable, en calmant presque aussitôt les douleurs qui accompagnent souvent le gonflement des gencives. Un mode de traitement qui m'a particulièrement réussi dans les affections scorbutiques, qui occasionnent toujours plus ou moins l'ébranlement des dents, c'est la scarification des gencives tuméfiées, suivie de l'application immédiate du monésia. J'ai vu disparaître plusieurs fois par ce traitement des affections de cette nature qui avaient résisté à d'autres soins.

Dans la carie des dents, l'emploi du monésia est d'un effet certain : soit qu'il agisse en arrêtant directement la carie, soit que, lorsque par suite de cette altération les vaisseaux se trouvent découverts, il les cicatrise rapidement, toujours est-il que la douleur disparaît peu d'instants après l'application de ce topique.

Parmi un grand nombre d'observations, toutes concluantes, j'en choisis une qui me paraît très intéressante, en raison des complications du mal.

Mademoiselle S..., âgée d'environ quarante-cinq ans, demeurant à Paris, rue des Fossés..., vint me consulter, il y a dix-huit mois : sa bouche était dans un état déplorable : les gencives tuméfiées et douloureuses; toutes les dents supérieures et inférieures cariées et sensibles. La douleur très vive qu'elle éprouvait dans une dernière molaire était la cause de sa première visite. Je fis d'abord l'extraction de cette dent; mais, après cette opération, la douleur devint plus vive qu'auparavant, et exalta considérablement la sensibilité des autres dents. Je prescrivis des gargarismes émollients et des pédiluves. Je ne revis plus cette malade de long-temps. Il y a environ trois mois, elle revint, la tête enveloppée, méconnaissable, et dans un état de souffrance extrême. Le mal avait toujours augmenté. Depuis quinze mois, cette demoiselle ne quittait plus la chambre, et très rarement le lit. Les douleurs s'étaient déplacées, mais elles avaient conservé leur intensité; elles s'étaient fixées dans les oreilles, le cou et les épaules : des maux de tête affreux ne laissaient plus à cette malade aucun intervalle de repos. C'est dans cette situation qu'elle me fut amenée par sa sœur, après que son médecin lui eut inutilement fait subir divers traitements. Je fis, sur les gencives et les dents malades, une application d'extrait de monésia en poudre, additionné d'un peu d'opium, et délayé avec suffisante quantité d'eau, pour en former une pâte un peu consistante. Cette première application fut suivie d'un soulagement très manifeste. Pendant six semaines, les pansements ont été continués de la même manière. Toutes les douleurs ont successivement disparu; les forces, le sommeil et la santé sont revenus. Maintenant, les dents cariées sont toutes insensibles, et les gencives ont repris leur état normal.

Cette observation est très remarquable en raison des complications et de la disparition

complète des douleurs, sous l'influence du monésia, qui n'a cependant été employé qu'en applications extérieures : ce qui prouve évidemment que tous les désordres n'étaient occasionnés que par le nombre considérable des dents affectées. La carie est entièrement arrêtée et présente toutes les conditions de la carie sèche.

Je pourrais citer beaucoup d'autres faits analogues ; mais, cette observation offrant un exemple du succès du monésia dans un cas des plus graves, je crois devoir, dans ce moment, réserver les autres observations pour une prochaine publication, qui fera connaître les divers modes d'application dont le monésia est susceptible dans certaines maladies de la bouche.

Ed. Buchey, chirurg. dentiste.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Nouveaux éléments de médecine opératoire, accompagnés d'un atlas de vingt-deux pl. in-4o, gravées, par M. Velpeau (1).

L'ouvrage dont nous allons présenter l'analyse est une deuxième édition de celui que l'auteur a publié sous le même titre en 1832; mais les additions qu'il y a faites et les améliorations qu'il y a introduites sont en si grand nombre qu'on doit presque le considérer comme une production toute nouvelle.

Dès les premières lignes de la préface, M. Velpeau s'attache à nous dire quel effet ont produit sur lui les leçons de l'expérience. « Entraîné, comme la génération de mon époque, à juger de l'importance des opérations d'après des manœuvres sur l'homme mort, j'avais d'abord attaché trop de prix à une infinité de procédés, de préceptes dont je *reconnais maintenant l'insignifiance ou la puérilité :* à l'instar des chirurgiens qui, prenant au sérieux l'approbation de quelques jeunes élèves, ont cru reconstituer la médecine opératoire en prescrivant d'inciser les tissus à tant de lignes ou de pouces de telle ou telle rainure, sous un angle de tel ou tel degré, en agissant, disent-ils, d'après les règles de la géométrie, je m'étais abandonné aussi à l'*innocent plaisir* de faire ressortir la supériorité de méthodes tout-à-fait *inapplicables* ou de la plus parfaite *inutilité*. Je sais maintenant que, sur l'homme vivant, il importe moins d'agir vite que d'agir convenablement; d'établir des plaies régulières, des incisions compassées, que de suivre la ligne indiquée par les tissus malades; de permettre aux divisions un rapprochement facile que de les placer dans des conditions qui offrent le plus de sécurité possible. »

L'espèce de profession de foi que nous venons de transcrire fait trop honneur à la loyauté scientifique de M. Velpeau, elle indique une trop grande rectitude dans les vues chirurgicales qui ont présidé à la rédaction de son livre, pour que nous ayons cru pouvoir la passer sous silence.

Doué de cette heureuse ténacité de travail qui permet de faire, de voir ou de consulter presque tout par soi-même, M. Velpeau n'a reculé devant aucune fatigue pour rendre son ouvrage complet et pour le mettre au niveau des connaissances actuelles. Non seulement il a compulsé tout ce qu'on a écrit d'important sur la matière, mais il a consulté *directement* les chirurgiens français ou étrangers, toutes les fois qu'il a pu le faire, et, quand il n'a pu s'adresser à eux-mêmes, il a eu recours à ceux de leurs élèves qui connaissent le mieux leur pratique. La Russie, le Danemarck, l'Espagne, l'Amérique, ont été mises à contribution, et lui ont fourni des matériaux qu'un autre aurait eu peut-être bien de la peine à se procurer. Il n'a pas négligé non plus le modeste tribut de nos provinces, et, sous ce rapport, il a bien mérité, non seulement de ceux qu'il cite, mais encore de la science qu'il a enrichie d'une foule d'observations aussi curieuses qu'elles étaient peu connues. L'impression des quatre volumes dont se compose l'ouvrage n'ayant pu se faire qu'en un temps assez long, il est arrivé que de nouveaux faits, sinon de nouvelles doctrines, ont été publiés après la livraison du manuscrit. M. Velpeau n'a pas voulu que ces retardataires manquassent à sa revue, et, dans un appendice d'une trentaine de pages qu'il a mis en tête de son premier volume, il indique tous ceux qui peuvent avoir quelque importance, offrir quelque intérêt.

Quand, après une étude aussi complète, aussi consciencieuse, M. Velpeau vient à dire : « Peut-être que, en considération de tant d'efforts et de ma propre expérience, on me pardonnera d'avoir eu la pensée d'imprimer une impulsion moins mécanique, une couleur plus médicale à la médecine opératoire, » il n'est personne qui ne lui adresse, au lieu des reproches qu'il redoute, les plus justes éloges.

Avant d'entreprendre un sujet aussi vaste que celui dont il traite, M. Velpeau a dû se tracer un cadre, se poser des limites ; il tâche de définir la *médecine opératoire*, mais il déclare en même temps que, sous le point de vue de l'étymologie, elle se confond à peu près avec la *chirurgie*. Sous le rapport pratique, on les a séparées par des limites plus distinctes, mais qui sont elles-mêmes extrêmement variables ; de sorte qu'il est à peu près impossible de dire quel est le point où finit l'une pour faire place à l'autre, puisque tous les auteurs qui ont traité la matière ont fait sous ce rapport des répartitions

(1) Deuxième édition, entièrement refondue et augmentée d'un Traité de petite chirurgie, accompagnée de cent quatre-vingt-onze pl. intercalées dans le texte.—Chez J.-B. Baillière.

différentes : rejetant dans la pathologie ce que d'autres avaient cru devoir considérer comme objet de médecine opératoire, et réciproquement.

Quant à M. Velpeau, cette distinction théorique ne l'occupe guère. Il a beaucoup plus à cœur de faire un livre *complet* que de se maintenir dans les bornes étymologiques du titre sous lequel il écrit.

Son ouvrage est divisé en quatre grandes sections : la première est consacrée aux *opérations en général ;* il est question, dans la deuxième, de tout ce qui concerne la *petite chirurgie;* dans la troisième sont exposées les opérations *communes ;* les opérations *spéciales*, enfin, sont traitées dans la quatrième. Ce n'est pas chose facile à faire que l'analyse d'un traité de médecine opératoire en quatre énormes volumes. Il ne s'agit pas, en effet, de parcourir légèrement les principales divisions de l'ouvrage, et d'exposer, plus ou moins sévèrement, les impressions générales que cette lecture a produites : la médecine opératoire est antipathique, de sa nature, aux généralités ; elle est science de détails et d'analyse, il faut l'accepter comme telle, si l'on veut en faire une appréciation convenable. Notre analyse sera donc une revue détaillée, minutieuse, un peu longue peut-être, mais exacte et complète.

Nous suivrons donc M. Velpeau dans la route qu'il a cru devoir se tracer : nous n'indiquerons pas, bien entendu, tout ce qui se présentera de saillant ; mais nous aurons soin de signaler, d'une part, les opinions, procédés et découvertes qui sont propres à l'auteur ; de l'autre, tout ce qu'il a rapporté de neuf ou de peu connu dans la science.

Dans un premier chapitre, M. Velpeau traite de la classification des opérations en général ; il fait voir ce qu'ont de vicieux les divisions proposées par Celse, Ferrein, Dionis, Lassus, Rossi, Roux, Sabatier, Richerand, Delpech, etc. Il n'a pas la prétention d'adopter un plan sans défaut, mais il croit faire mieux que ses devanciers, et surtout présenter beaucoup plus de facilités à l'étude, en suivant, comme il l'a fait ailleurs, l'ordre *topographique*.

Le chapitre II a pour titre : *de la nature des opérations*. Se fondant sur ce qu'il est des opérations dont toutes les données sont connues à l'avance, tandis qu'il en est d'autres dans la pratique desquelles on peut rencontrer des difficultés que rien ne saurait faire prévoir, M. Velpeau les divise en opérations réglées et non réglées.

Passant ensuite aux moyens qui peuvent rendre leur exécution plus facile et plus sûre, il arrive à cette conclusion, qu'en définitive la médecine opératoire repose, 1° sur l'anatomie ; 2° sur les manœuvres cadavériques ; 3° sur les vivisections ; 4° sur l'anatomie pathologique ; 5° sur une grande habitude d'opérer sur l'homme vivant.

Un chapitre plus important que les deux qui précèdent, le troisième est consacré aux *soins que nécessitent les opérations*.

Le premier de ces soins consiste à rechercher scrupuleusement et à déterminer si l'opération qu'on veut faire est réellement *indiquée*. Pour qu'il en soit ainsi, la plupart des auteurs classiques exigent la réunion d'un certain nombre de circonstances auxquelles M. Velpeau refuse la valeur absolue qu'on a voulu leur donner. Ainsi, suivant lui, on ne devra pas seulement opérer :

« 1° Quand l'opération sera le seul moyen indiqué ; » car on opère, et avec raison, une foule de tumeurs qu'il serait possible, à la rigueur, de guérir à l'aide des caustiques ou de certaines pommades ;

« 2° Quand on a vainement essayé tous les autres moyens ; » car il est inutile d'essayer les autres remèdes avant d'opérer les fistules lacrymales, l'hydrocèle, les cancers, etc. ;

« 3° Quand l'opération forme une dernière ressource ; » car, dans le phymosis, la cataracte, le bec-de-lièvre, les abcès, l'opération doit être la première plutôt que la dernière ressource ;

« 4° Quand on est sûr de pouvoir terminer ; » car on va à la recherche d'un étranglement herniaire, d'un corps étranger, d'une artère blessée, sans être sûr de réussir, de compléter l'opération ;

« 5° Quand il doit en résulter une guérison complète et durable ; » car la ponction de l'abdomen, de la vessie, du thorax, l'arrachement des polypes du nez, sont pratiqués tous les jours, bien qu'il n'en résulte, en général, qu'un soulagement d'une durée variable.

Dans toutes ces considérations qu'on peut trouver de prime abord, peut-être, un peu trop en faveur de la médecine opératoire, M. Velpeau nous semble être resté dans les limites de la plus saine chirurgie : plus audacieux que les autres chirurgiens en apparence, il n'est, par le fait, que plus sincère. Il a dit ce qui *est* dans le plus grand nombre des cas, quand les autres n'ont parlé que de ce qui *devrait être*. Il croit qu'on doit tout d'abord employer l'instrument dans une foule de petites affections qu'on a l'habitude d'attaquer préalablement par des moyens sans effet, et il fait observer avec justesse que la plupart de ces moyens, réputés innocents (tels que des sangsues fréquemment appliquées, des purgatifs habituels, des frictions mercurielles), peuvent fatiguer beaucoup à la longue des malades qu'une opération légère eût à peine troublés quelques heures. Une pratique fondée sur les considérations qui précèdent pourrait devenir funeste entre les mains d'un chirurgien naturellement téméraire ; mais, dirigée par un esprit attentif et sage, elle peut être fort utile aux malades en leur épargnant de nombreux ennuis et de longues souffrances. Relativement aux *circonstances hygiéniques*, M. Velpeau ne veut pas que l'on soit d'une trop grande réserve ; quelques

opérations sont pratiquées avec plus d'avantages à certaines époques ; mais beaucoup d'autres aussi sont suivies des mêmes résultats, quelle que soit l'époque de l'année où on les a pratiquées. Pelletan et Dupuytren voulaient qu'un malade admis à l'hôpital pour une opération n'y fût soumis qu'après s'être *acclimaté* pendant un certain nombre de jours. Cette sage précaution, que Viricel et Champion ont cependant combattue, ne peut être négligée que pour les opérations urgentes, et aussi pour celles qui, peu graves de leur nature, doivent être pratiquées sur des individus qui sont d'ailleurs bien portants. M. Velpeau rapporte, à ce sujet, que quatre malades qui voulaient se faire opérer immédiatement après leur admission dans ses salles, furent pris d'accidents *spontanés* qui les emportèrent en quelques jours, et que l'on n'aurait pas manqué d'attribuer à l'opération si on l'eût pratiquée. Deux de ces malades succombèrent à des érysipèles de mauvaise nature : on peut supposer, à la rigueur, que ces exanthèmes se sont développés sous l'influence du changement de régime, d'air ; mais les deux autres moururent à la suite de péritonites, et il n'est guère admissible que l'on doive en chercher la cause dans l'influence de la vie d'hôpital. Les quatre observations ci-dessus ne présentent donc d'intérêt qu'à la curiosité, et ne sauraient servir de motifs à aucune conclusion.

Les *précautions* peuvent exercer une très-grande influence sur l'issue d'une opération; on ne doit, par conséquent, les négliger jamais. Tout le monde connaît les accidents que peuvent déterminer, soit une extrême pusillanimité, soit un courage poussé jusqu'à l'exaltation ; mais est-ce une raison pour croire et pour rapporter *sans critique*, avec M. Velpeau, que la frayeur du pape Innocent fut si grande quand on lui annonça qu'il avait besoin d'être opéré une seconde fois de la fistule qu'il avait à l'anus, que, le lendemain, les médecins ne trouvèrent qu'une cicatrice ferme et solide à la place des sinus et des clapiers qui existaient ? Heureusement que l'exemple n'est pas de nature à devenir contagieux, et qu'on ne sera guère tenté de recourir à l'influence morale pour guérir, nous le supposons du moins, d'aucuns clapiers et des trajets fistuleux.

Le chapitre IV est consacré aux conditions accessoires des opérations.

Avant l'opération. — Il faut veiller à ce que le local, les aides, l'appareil, soient disposés pour le mieux.

Pendant l'opération. — M. Velpeau dit de quelle manière il convient que le malade, l'opérateur et les aides se placent respectivement ; la pratique des hôpitaux montre assez que ces détails, pour être élémentaires, n'en sont pas moins formellement négligés : l'attention que M. Velpeau met à les indiquer n'est donc pas sans motifs : la manière de *suspendre le sang*, d'empêcher les douleurs (si tant est qu'on doive encore poursuivre une pareille chimère), et de combattre les divers accidents qui peuvent se manifester, est successivement indiquée.

Les hémorrhagies et les accidents nerveux ne présentent aucun intérêt spécial qui doive nous arrêter ; mais il en est autrement de l'entrée de l'air dans les veines. Les études spéciales de M. Velpeau sur cet objet, et la part active qu'il a prise à toutes les discussions qu'il a suscitées, donnent à ses opinions une valeur particulière : M. Velpeau ne pense pas que les cas d'introduction de l'air dans les veines soient aussi nombreux qu'on l'a voulu dire. Sur les quarante cas qui ont été publiés, il en est une assez forte proportion dans lesquels l'introduction de l'air lui paraît *probable ;* dans d'autres rien ne la prouve; dans deux elle est *extrêmement* probable, et *presque certaine* dans trois. Il ne nie pas la possibilité de ce phénomène lorsque les veines forment des canaux béants jusque dans la poitrine, comme Monfreri a démontré que cela avait lieu pour les veines sous-clavière, axillaire et jugulaire, mais il faut aussi l'admettre pour des cas où la tumeur enlevée se trouvait en un point éloigné du tronc, et alors il faut avoir recours à une nouvelle explication. « Ne se peut-il pas, par exemple, que les veines *canalisées* par la nature même de la tumeur, ou par les tractions exercées sur elle, soient momentanément mises dans l'état où se trouvent celles du sommet de la poitrine? »

Quoi qu'il en soit de la fréquence de cet accident et du mécanisme suivant lequel il survient, on doit, autant qu'il se peut, l'éviter, et, quand il est survenu, le combattre. Ce qu'il convient de faire pour remplir la première indication est de mettre un soin extrême à ne pas léser les grosses veines qui se trouvent au sommet du tronc. Il faut prendre ces précautions, bien que les grosses veines de l'aisselle et du cou aient été plusieurs fois ouvertes sans accident par M. Velpeau. L'efficacité des moyens véritables et curatifs que l'on a proposé d'opposer à l'accident qui nous occupe est loin d'être aussi grande que leur nombre.

La *compression du thorax*, alors même quelle est poussée très-loin, n'empêche pas les inspirations, puisque le jeu du diaphragme reste libre. Ces inspirations, d'ailleurs, sont habituellement très-faibles chez ceux qu'on opère, qui, presque toujours, ont la poitrine spasmodiquement resserrée. Cette compression serait enfin inefficace, s'il est vrai que la dilatation du cœur ne soit pas sans exercer une certaine influence sur l'entrée de l'air dans les veines.

La *compression des veines* entre le cœur et la plaie constitue un moyen que l'on ne peut presque jamais mettre en usage.

La seule ressource du chirurgien se réduit donc : 1° à tout faire pour éviter de blesser les veines jugulaires internes et sous-clavières ; 2° dans les cas où il se trouve forcé de pénétrer jusqu'au voisinage de ces

vaisseaux, à ne point séparer le pédicule de la tumeur, sans l'avoir préalablement saisi du côté du cœur avec deux doigts, ou étranglé avec une forte ligature; 3° à éviter, autant que possible, de fendre, de tirailler, d'écarter la partie, d'élever le bras, de renverser l'épaule ou le cou, lorsque le bistouri approche des grosses veines du sommet de la poitrine. La compression saccadée, la respiration artificielle, l'injection d'un liquide salin, l'aspiration avec un tube, sont des moyens sans valeur; le meilleur serait celui de M. Mercier, si l'on pouvait s'en rapporter à quelques expériences; il consiste à faire affluer la plus grande quantité de sang possible vers l'encéphale, en comprimant l'aorte et les axillaires. Il a, au contraire, produit de merveilleux effets sur les animaux.

Le chapitre v est consacré aux *suites* des opérations; celles-ci comprennent les suites *naturelles* et les accidents. Les *suites naturelles* sont traitées en deux paragraphes, dont le premier a pour titre : *Régime des opérés*, et dont le deuxième est intitulé : *Chute des ligatures*. Les *accidents* sont rangés sous les quatre ordres suivants : spasmes, hémorrhagie, inflammations diverses, phlébite et infection purulente. Nous ne reprocherons pas à cette classification d'être incomplète, parce que, après tout, ce n'est pas dans un traité de pathologie qu'elle se trouve; mais nous ne pouvons nous dispenser de dire que M. Velpeau emploie un langage peu sévère quand il place le *régime des opérés* parmi les suites naturelles de l'opération, telles que la chute des ligatures, les spasmes, l'hémorrhagie, etc.; ces dernières constituent seules des *suites* de l'opération : le régime est purement facultatif, dépend de l'opérateur et non de l'opération. Il fallait en traiter, mais dans un chapitre distinct.

M. Velpeau compare, à propos du régime, la conduite que l'on tient généralement en France avec celle que suivent la plupart des praticiens étrangers. Il blâme également et l'abstinence parfois extrême que prescrivent nos compatriotes, et la sécurité dangereuse avec laquelle on accorde, en Amérique et en Angleterre, aux malades qui viennent de subir une opération, la nourriture qu'ils prenaient en état de santé. Nous ne pouvons qu'approuver et conseiller aux praticiens le sage milieu que le professeur de la Charité observe à cet égard.

Nous tenons depuis plusieurs années, près de nos opérés, une conduite assez semblable à la sienne, et nous n'avons jamais eu qu'à nous en louer. Nous croyons cependant qu'il serait dangereux de ne suivre, pour règle de conduite, qu'un cadre nosologique dans lequel les opérations se trouveraient classées à *priori*, suivant leur degré d'importance et de gravité. Les essais que M. Velpeau a tentés, sous ce rapport, ne nous paraissent atteindre que d'une manière bien imparfaite le but qu'il se propose. Il faut avoir égard à l'*état particulier* des malades, à leurs antécédents, à leur régime habituel, etc., bien plus encore qu'à la gravité *ordinaire* de l'opération à laquelle on va les soumettre. L'expérience nous montre tous les jours que la même opération, pratiquée sur deux individus, produit les accidents les plus graves chez l'un, tandis qu'elle est tout-à-fait inoffensive chez l'autre. Il faut donc prescrire son régime d'après l'*opéré* bien plus encore que d'après l'opération.

Les réflexions qui précèdent s'appliquent aussi très-bien à l'attitude qu'il convient de donner aux malades après l'opération. Il ne faut pas seulement avoir en vue celle qui nécessite le moins de forces musculaires; il faut rechercher celle qui satisfait le mieux les exigences de l'opération et celle de l'opéré.

C'est ainsi, par exemple, qu'on pourra mettre avec avantage, dans le décubitus *horizontal*, les individus naturellement faibles, anémiques, qui auront fait une grande perte de sang ou de sensibilité. Ménager un abord facile au sang qui doit animer le cerveau est peut-être le meilleur moyen de faire cesser cette période de froid, de spasme, d'abattement général qui suit quelques opérations, et qui se prolonge parfois assez pour donner de sérieuses inquiétudes.

BÉRARD jeune, ag. à la Fac., ch. hôp. Necker.

(La suite à un prochain numéro.)

Revue des journaux français.

De la compression contre les tumeurs blanches des parties dures, par V. de Lavacherie.

L'auteur de cette brochure, tout en déplorant l'insuffisance des agents thérapeutiques dans le traitement des tumeurs blanches, cherche à conclure qu'elles ne sont pas incurables, et que l'impuissance des moyens nombreux et divers préconisés jusqu'à ce jour résulte uniquement de ce qu'on n'a pas opposé à ces maladies une médication rationnelle. On s'est refusé, dit le docteur Lavacherie, à se livrer à de nouvelles expérimentations, parce que les maîtres de l'art avaient tracé des règles qu'on a regardées à tort comme invariables. Il faut que l'on ait le courage de braver cette accablante responsabilité, qui apparaît sans cesse au jeune praticien quand il veut s'engager dans une voie nouvelle. L'auteur, après avoir vainement invoqué toutes les ressources de la science, eut l'heureuse idée de diminuer le volume des os tuméfiés, à l'aide de la compression, et c'est à cette méthode qu'il est redevable des résultats avantageux publiés dans le travail que nous allons analyser. C'est sur l'atrophie, dit-il, que je fondai une théorie thérapeutique. Que se passe-t-il, en effet, dans un membre qui subit graduellement une réduction notable dans son volu-

me? Les parties molles seulement participent-elles à cette anomalie de nutrition? Non ; il n'y a pas de doute que tous les systèmes s'atrophient. Les causes locales les plus ordinaires pour déterminer l'atrophie, dit Nacquart (article Atrophie, *Dict. des sciences médicales*), sont la compression totale ou seulement circulaire du membre, long-temps soutenue. En effet, une cause mécanique, gênant la nutrition d'un os, doit amener graduellement celui-ci à un moindre volume en agissant sur les parties spongieuses de cet os. Quelle difficulté y a-t-il alors à comprimer les surfaces articulaires des os, puisqu'il est constant que la substance qui contribuait à leur donner de la dureté disparaît notablement lorsqu'ils deviennent malades? Larrey, dans sa *Clinique chirurgicale*, parle de manière à ne pas laisser de doute à cet égard.

Convaincu de l'innocuité du moyen qu'il s'était proposé d'essayer, M. le docteur de Lavacherie se mit à comprimer des os, dans la classe de maladie connue sous le nom de tumeurs blanches ; il ne fut pas peu surpris de la promptitude avec laquelle il obtint des résultats qu'il ne croyait possibles qu'après un temps infiniment long.

Voyons comment l'auteur de cette brochure a pu parvenir à comprimer assez fortement pour amener la résolution d'os tuméfiés et cariés :

Soit une des articulations du genou, du coude-pied, du coude, des phalanges des doigts, ou tout un membre, enfin, qu'il faille comprimer. Je découpe, dit M. de Lavacherie, en bandes étroites une pièce d'emplâtre agglutinatif, d'un, deux et même trois mètres, préparé à cet effet. A l'aide de ces lanières qui adhèrent à la peau, je parviens à exercer la pression la plus forte sans que les circulaires se relâchent ou se dérangent. S'il arrive que cet appareil enflamme et tuméfie les téguments, il faut le relâcher en y faisant de larges entailles avec les ciseaux, ou bien il faut l'enlever. Il importe que les circulaires soient exactement appliquées, et surtout qu'il n'existe pas d'intervalle entre elles; il faut avoir soin surtout que les premières circulaires, contrairement à l'usage adopté, portent sur l'articulation malade. Après quelques jours de son application, ce bandage, se relâchant, permet la mobilité des surfaces articulaires : cette mobilité, qui provoque de nouvelles douleurs, indique que la compression doit être renouvelée.

En résumé, il résulte des expériences auxquelles le docteur de Lavacherie s'est livré que la tuméfaction et la carie des os, dans certaines circonstances, sont curables aussi bien que les lésions analogues qui affectent les parties molles.

Ainsi, les conclusions de ce travail sont :

1° Que les arthrocaces des parties dures et la carie de certains os spongieux peuvent céder à la compression, et guérir aussi bien que les arthrocaces des parties molles et les ulcères simples;

2° Que, quel que soit le degré de l'affection, la compression peut être tentée, plutôt à l'avantage qu'au désavantage du malade. Cette médication, loin d'aggraver le mal, est, au contraire, salutaire, parce qu'elle tend à réduire la quantité de la suppuration, et à calmer le plus ordinairement les douleurs que provoque la distension excessive des parties molles qui forment l'enveloppe extérieure, et les mouvements qui sont imprimés à l'articulation;

3° Que les cas de tumeurs blanches qui nécessitent impérieusement l'ablation d'un membre sont infiniment plus rares qu'on ne le croit;

4° Que l'opportunité de l'amputation est chose fort difficile à établir;

5° Que l'amputation est loin d'offrir, comme moyen curatif, des garanties suffisantes;

6° Que les difformités résultant des ankiloses articulaires ne sont pas toujours des maux incurables;

7° Enfin, que la compression est le moyen le plus efficace, soit pour prévenir, soit pour arrêter la marche de la fièvre purulente, en empêchant l'air de pénétrer dans les cellules osseuses, où son séjour prolongé donne au pus une fétidité extrême.

A la suite de ce mémoire, M. de Lavacherie fait part de quelques observations sur les effets de l'huile de morue : ce médecin ne paraît pas admettre les succès qu'on attribue généralement à ce médicament dans les affections articulaires chroniques.

Recherches anatomico-pathologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants, par MM. Barthez et Rilliet.

La tuberculisation des ganglions bronchiques n'avait pas été jusqu'ici l'objet d'une étude assez attentive pour en tirer d'utiles conséquences pratiques ; MM. Barthez et Rilliet viennent de remplir cette lacune en publiant un travail fort intéressant sur l'affection tuberculeuse des enfants. Nous nous bornerons à reproduire ici les détails d'anatomie pathologique pure, ce qui a trait seulement aux lésions de l'appareil ganglionaire bronchique.

C'est à peine si M. Louis, dans son traité de la phthisie, parle de la tuberculisation des ganglions bronchiques. Laënnec, au contraire, entre dans des détails assez circonstanciés, mais il n'établit pas un point de comparaison, ce qui serait assez important, entre la fréquence et les divers modes d'altérations des glandes bronchiques chez l'adulte, et la même maladie chez l'enfant. Les faits que le célèbre auteur de l'auscultation a cités ont été presque en entier empruntés à la pathologie de l'enfance.

Nous ajouterons, d'après les assertions de MM. Barthez et Rilliet, qu'il est à peu près évident que Laënnec avait puisé ses connaissances sur la phthisie bronchique dans la dissertation inaugurale que M. Leblond soutint en 1824. Il suffit de lire la description de Laënnec pour se convaincre du fait. (T. 1, p. 328.) — Faisons une analyse rapide de la thèse de M. Leblond, afin de mieux faire ressortir le travail de MM. Berthez et Rilliet.

En tête de sa monographie, M. Leblond a placé sept observations, d'après lesquelles il a cherché à représenter les différentes formes que peut revêtir la phthisie bronchique. (C'est lui qui, le premier, donna à la maladie qu'il décrivit le nom de *phthisie bronchique.*) Les quatre premières observations sont des exemples d'infiltration tuberculeuse des ganglions bronchiques qui n'offrent aucune particularité remarquable; la cinquième est plus intéressante, car on y trouve un exemple d'une communication anormale entre une ouverture fistuleuse de la bronche droite et un ganglion bronchique ramolli; l'observation sixième, plus curieuse encore, présente un cas de communication entre la bronche droite et l'œsophage, par l'intermédiaire du kyste d'un ganglion bronchique; enfin, dans la septième observation, nous voyons les bronches communiquer avec des kystes ganglionaires, les uns vides, les autres à moitié remplis de matières tuberculeuses.

Dans la seconde partie de sa thèse, M. Leblond entreprend l'histoire dogmatique de la phthisie bronchique, et étudie successivement les causes, les symptômes, la marche, le diagnostic, la terminaison, le pronostic, et enfin le traitement de la maladie.

Ainsi, M. Leblond, en annonçant ses principales idées, et en exposant les faits nouveaux dont il a enrichi la science, a été loin encore d'embrasser son sujet dans son entier et de faire ressortir des faits qu'il avait recueillis toutes les conséquences qui pouvaient naturellement en découler.

M. Tonnelé, dans son mémoire intitulé : *Observations et réflexions sur les principaux cas de tubercules observés à l'hôpital des enfants* (Journal hebdomadaire, 1829, t. IV et V), ne dit que quelques mots des tubercules des ganglions bronchiques. Il se contente de parler des accidents qui peuvent dépendre de la compression des bronches ou des vaisseaux par des ganglions augmentés de volume. Il fait observer, en outre, qu'il n'y a aucun rapport entre la phlegmasie du poumon et des bronches et le développement des tubercules dans les ganglions.

De nouvelles recherches sur l'affection tuberculeuse des glandes bronchiques furent publiées plus tard par M. Berton, dans un mémoire qui obtint en 1830 une médaille de la société médicale d'émulation. L'auteur paraîtrait assez porté à admettre une identité de nature entre les glandes bronchiques tuberculeuses et les granulations pulmonaires décrites par Bayle.

M. Andral, dans deux passages de sa clinique médicale (t. I, p. 142, et t. II, p. 204), en décrivant les maladies des ganglions bronchiques, a reproduit quelques-uns des faits mentionnés dans la thèse de M. Leblond. Il affirme, après avoir décrit parfaitement la marche des ulcérations bronchiques en contact avec les ganglions tuberculeux, n'avoir jamais observé de lésion analogue chez l'adulte.

Les différents auteurs que nous venons de citer ont, sans contredit, rapporté des faits nouveaux et intéressants; mais ont-ils traité leur sujet dans toute son étendue? MM. Barthez et Rilliet décident négativement la question : car, pour donner une histoire complète de l'affection tuberculeuse des glandes bronchiques, il eût fallu posséder des observations plus nombreuses et surtout plus complètes que celles qu'ils avaient recueillies.

Ce qu'ils n'ont pas fait, les auteurs de ce mémoire l'ont essayé, profitant tout à la fois des travaux de leurs devanciers et des faits plus nombreux et plus scrupuleusement observés qu'ils ont été à même de constater.

Pour procéder méthodiquement dans leur description, MM. Barthez et Rilliet disent d'abord quelques mots de l'anatomie normale des ganglions bronchiques; puis, dans un second chapitre, ils passent en revue les différents détails d'anatomie pathologique. Ainsi, ils examinent successivement le mode du dépôt de la matière tuberculeuse, l'état du tissu du ganglion, et le kyste qui l'enveloppe.

Ils décrivent ensuite la forme et le volume que ces ganglions peuvent acquérir; puis ils passent à l'examen des différentes lésions produites par le ramollissement des tubercules.

Les kystes bronchiques, leur communication avec les bronches, l'état du tissu pulmonaire environnant, attirent ensuite leur attention; puis, tout naturellement, ils étudient les accidents produits par la communication de ces kystes avec la cavité pleurale, l'artère pulmonaire, les bronches ou l'œsophage; ils mentionnent aussi ceux qui résultent de la pression exercée par les ganglions tuberculeux sur les organes environnants.

Enfin, en établissant les rapports qui existent entre la phthisie pulmonaire et la phthisie bronchique, MM. Barthez et Rilliet ont fait ressortir des faits intéressants, sur lesquels nous espérons revenir dans un prochain article.

Du squirrhe de la glande lacrymale et de l'ablation de cette glande, par G.-E. Maslieurat-Lagemard.

Les lésions traumatiques de la glande lacrymale sont très-rares, d'après l'assertion de Boyer, et ses dégénérescences difficiles à reconnaître. Aussi, dans son *Traité de chi-*

rurgie, ne parle-t-il pas de ces affections.

Les opinions de Beer, de Smith, de MM. Roux et Velpeau sont à peu près confirmatives; ils vont même jusqu'à admettre l'impossibilité du cancer de la glande lacrymale.

Cependant, malgré l'autorité de ces chirurgiens, l'auteur du mémoire que nous analysons cite plusieurs observations, qui, d'après lui, ne laisseraient aucune espèce de doute sur l'existence réelle de cette affection.

Le peu de fréquence de cette maladie, dit M. Maslieurat Lagemard, les doutes qu'on a élevés sur son existence, ont fait que, jusqu'à ce jour, son histoire n'a été tracée que d'une manière incomplète, et, parmi les causes susceptibles de l'occasionner primitivement, on a rangé toutes celles qui, dans d'autres tissus, peuvent développer la même altération pathologique; mais, comme spéciales à l'organe, on a cité les émanations irritantes, l'impressionnabilité trop vive du globe oculaire et le larmoiement trop fréquemment répété, une mauvaise conformation de la glande ou de l'œil. Mais la cause qu'on a surtout signalée, et qui paraît, en effet, la plus puissante, dépend des lésions extérieures portées directement sur l'œil ou l'orbite.

Le diagnostic est souvent fort difficile; et les erreurs qui peuvent résulter de cette ignorance sont d'autant plus préjudiciables que tantôt elles provoquent des opérations, dont on pourrait s'abstenir, tantôt une expectation trop long-temps prolongée.

Dans beaucoup de cas, d'après M. Lagemard, la tuméfaction et l'engorgement de la glande lacrymale coïncident avec la tuméfaction et l'engorgement d'un grand nombre de ganglions lymphatiques; dans de telles circonstances, la tumeur a pu en imposer quelquefois et être prise pour une affection squirrheuse, quand elle ne dépendait que de la constitution lymphatique du sujet, et qu'elle devait disparaître sans opération par un traitement propre à modifier cette constitution. On évitera cette erreur, en tenant compte de l'âge du malade (le squirrhe de la glande lacrymale se développant plutôt à un âge avancé), de sa manière de vivre, du climat qu'il habite, de son tempérament, et surtout de l'état du système lymphatique qui, le plus souvent, souffre en totalité dans la scrofule.

Nous arrivons au traitement : M. Maslieurat Lagemard déclare formellement que, toutes les fois que, par un traitement, quel qu'il soit, autre que l'opération, on obtiendra la guérison d'une tumeur siégeant dans la glande lacrymale, ou dans tout autre organe de même nature, c'est que cette tumeur n'est pas un squirrhe. Le propre de cette dégénérescence est de ne diminuer par aucune médication connue.

Voici le mode opératoire le plus généralement adopté : il consiste à pratiquer une incision au dessus et probablement au rebord orbitaire supérieur pour la terminer à l'externe. On arrive ainsi presque directement sur la tumeur, qu'on enlève avec facilité.

Quant aux conséquences qui résultent de l'ablation de la glande dans laquelle le squirrhe s'est développé, M. Lagemard ne paraît pas leur accorder une grande valeur. Il s'appuie des expériences de M. Magendie, qui prouvent que la secrétion des larmes n'est pas indispensable pour le libre exercice de la vision.

Nous regrettons que l'auteur de ce mémoire n'ait pas fourni plus de faits, qui peut-être auraient donné la solution de questions encore indécises.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques de l'acide cyanhydrique, par M. A. Becquerel.

Beaucoup de choses ont déjà été dites sur l'acide prussique, considéré comme poison; mais son action physiologique et thérapeutique, lorsqu'il a été administré à petites doses, a été assez peu étudiée.

L'auteur de ce mémoire donne ici le résultat d'expériences faites dans le service de M. Andral. On peut donc considérer son travail comme fait sous l'inspiration du professeur dont nous venons de citer le nom. Vu la longueur du mémoire, nous ne donnerons que les conclusions générales, quant à ce qui concerne l'action physiologique; mais nous nous étendrons plus longuement sur ce qui regarde les effets thérapeutiques de ce redoutable médicament.

1° L'acide cyanhydrique, préparé d'après le procédé de Gea-Pessina, se conserve longtemps sans s'altérer. Ainsi, administré aux mêmes doses chez les mêmes individus, il détermine les mêmes effets.

2° On doit l'administrer dans une potion de cent vingt grammes d'eau pure, non édulcorée, afin qu'il conserve toujours la même force.

3° Il faut commencer par des doses assez faibles et s'élever peu à peu par une ou deux gouttes à la fois.

4° L'acide cyanhydrique, à la dose de huit à douze gouttes, détermine en général des effets physiologiques locaux qui deviennent de plus en plus intenses, et agissent avec d'autant plus d'énergie qu'on porte cette dose plus haut. Ces effets sont intermittents et suivent chaque cuillerée d'acide.

5° Donné à la dose de seize à vingt gouttes et continué sans interruption pendant un certain temps, il produit chez quelques individus une action continue essentiellement hyposthénisante.

6° A une dose plus élevée, l'acide prussique peut donner naissance à des accidents

graves, dont les symptômes principaux sont constatés par une violente surexcitation des systèmes circulatoire et nerveux.

7° En résumé, les effets physiologiques de cet agent ne donnent aucune indication qui puisse conduire à l'employer contre tel ou tel symptôme, telle ou telle maladie.

Influence de l'acide prussique sur les symptômes fournis par le tube digestif. — La *soif* n'a jamais été diminuée; les *nausées* et les *vomissements* ont été, dans quelques cas, augmentés. Dans un cas, il a augmenté beaucoup les douleurs d'estomac, et, dans d'autres, les coliques et la diarrhée.

Appareil respiratoire. — Nous devons noter ici en passant que les expérimentations ont été faites dans un esprit qui, s'il est exagéré, rend presque toute conclusion impossible. Ainsi, pour la *dyspnée*, l'auteur dit qu'il l'a bien vue diminuer au bout de quelques jours; mais, ajoute-t-il, nous n'avons pas hésité à attribuer cette amélioration au repos, à la diète et au changement des conditions hygiéniques. Il dit la même chose en quelques lignes pour la *toux*, etc. C'est peut-être faire un peu trop bon marché des éloges que donne M. Magendie à l'acide prussique au sujet de ces deux symptômes.

Battements de cœur; palpitations. — Un des effets physiologiques de ce médicament étant d'augmenter les battements du cœur, on conçoit qu'il ne les ait jamais calmés dans leur exagération pathologique.

Système nerveux. — Il est à remarquer que la céphalalgie, les étourdissements et les mouvements convulsifs, qui, à l'état sain, sont souvent provoqués par l'acide prussique, diminuent assez souvent sous son influence continue, lorsqu'ils ont un principe hystérique. Il a aussi pour effet de déprimer les forces.

Phthisie pulmonaire. — Ici encore nous avons des résultats contestés; c'est du mieux qui devait venir nécessairement, car les malades se trouvaient dans de meilleures conditions qu'auparavant. Chez l'un, le ramollissement des tubercules s'était arrêté; chez l'autre, il n'avait pas, sans doute, encore eu le temps de commencer.

Emphysème pulmonaire, idem.

Maladies du cœur. — Effets plutôt nuisibles qu'utiles.

Hystérie. — Il y a eu du mieux. L'auteur dit qu'il pense qu'on peut l'attribuer à l'acide prussique, mais qu'il est impossible de l'affirmer positivement.

Une amélioration encore très contestable dans quelques symptômes hystériformes, voilà la conclusion thérapeutique où nous sommes conduits. De tels résultats n'encourageraient pas à garder dans la matière médicale un remède si puissant pour le mal et si peu pour le bien. Mais tout en tenant compte de la louable intention de l'auteur, nous croyons que, d'un côté, il y a eu trop peu de faits observés, et, d'un autre, qu'il y a eu aussi un peu trop de doute philosophique.

Revue des journaux étrangers.

Cas de tétanos après une hémorrhagie considérable, par Neumann.

Un homme robuste de vingt-huit ans, fort adonné à la boisson, s'étant pris de querelle dans un moment d'ivresse avec trois de ses camarades, en reçut des coups violents, principalement à la tête et au visage; il s'en suivit une grande perte de sang. L'auteur, appelé trois jours après, trouva le malade perdant encore beaucoup de sang par le nez, qui était énormément gonflé; l'hémorrhagie n'avait pas cessé depuis l'accident, et avait enlevé à cet homme plus de cinq livres de sang; le septième jour, l'hémorrhagie nasale revint avec une telle violence qu'on eut beaucoup de peine à l'arrêter au moyen de tampons de charpie. La quantité de sang qu'il perdit fut plus considérable cette fois-là que la première.

L'auteur estime que, dans l'espace de sept jours, le malade perdit bien quinze livres de sang; le dix-neuvième jour, le tampon de charpie tomba, et, quoique très-faible, il se sentait rétabli; le vingt-troisième jour, difficulté très-grande à parler et à manger; douleur très-vive aux deux côtés de la tête, depuis les tempes jusqu'au cou. Deux jours après, impossibilité complète de mouvoir les mâchoires, à cause d'une douleur violente remontant de la nuque vers le sommet de la tête; cet opisthotonos dura, avec des alternatives de convulsions, jusqu'au vingt-neuvième jour, où le malade périt asphyxié.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion qu'on pût considérer comme le point de départ du tétanos. Il n'est point dit, dans cette observation, quel traitement interne a été employé, et c'est à tort; des toniques énergiques auraient peut-être prévenu le tétanos.

(*Medicinische zeitung.*)

Rupture des tendons du triceps et du droit antérieur de la cuisse.

Les observations de ce genre sont fort rares, et les chirurgiens des hôpitaux en voient à peine quatre ou cinq cas dans toute leur vie. La suivante, rapportée par le docteur Martini, n'est pas sans intérêt.

Un homme de soixante-quatorze ans tomba en montant un escalier, et sa cuisse gauche vint frapper en avant sur le bord d'une des

marches; il ne put pas se relever. En examinant le membre, on trouva un intervalle de quatre doigts, entre le bord supérieur de la rotule et le tendon commun du triceps et du crural antérieur. La rupture complète était donc évidente; le malade ne pouvait mouvoir son membre dans aucune direction. Ce membre fut placé dans l'extension, comme pour une fracture de la rotule. Nous regrettons qu'on ne dise pas si on fit usage d'un appareil.

Malgré quelques symptômes de malaise général, que le malade offrit les deux premières semaines, la réunion se fit sans interruption, et d'une manière très-satifaisante; au bout de deux mois elle fut parfaite; le malade pouvait lever sa jambe avec assez de facilité, et dans l'intervalle du troisième au quatrième mois de l'accident, il montait et descendait les escaliers sans boiter : cet homme mourut l'année suivante d'une apoplexie. Le docteur Martini, trouva à l'examen, les deux bouts autrefois rompus réunis par une substance intermédiaire semi-ligamenteuse qui n'avait pas plus d'un pouce de largeur; il n'y avait point d'adhésions anormales, mais on observait sur la capsule du genou deux ou trois cicatrices qui prouvaient que cette membrane avait été rompue en plus d'un endroit.

(*Medicinische correspondenz-blatt.*)

Absence congénitale du foie, par Kicselbach.

Cette anomalie a été vue sur un embryon bien conformé d'ailleurs. La veine ombilicale allait de l'ombilic au point que le foie occupe habituellement, sans se diviser; là elle se jetait dans la veine-porte, qui la séparait en deux branches, dont l'une allait se perdre dans la veine-cave, tandis que l'autre se terminait en une multitude de rameaux, formant autant de culs-de-sac. On n'observait point de vestiges de veines hépatiques; c'est un des plus remarquables de ces arrêts de développement où des organes importants sont remplacés par des croissances purement vasculaires.

(*Froriep's New Notizen, n° 159.*)

De l'existence de la syphilis chez les animaux.

Le docteur Pauli de Landau rapporte deux cas qui lui semblent, à lui, prouver que la syphilis peut exister chez les animaux. Un chirurgien vétérinaire lui apporta un jour le pénis d'un taureau sur lequel on observait un condylome, de la grosseur d'une noix, semblable en tout à ceux qu'on observe sur la verge de l'homme. Toutes les vaches que cet animal avait couvertes étaient atteintes d'un écoulement muqueux, qui s'arrêta généralement au bout de quatre ou cinq semaines, mais qui, chez quelques unes, réclama l'emploi d'injections astringentes.

Un autre taureau produisait aussi le même effet chez toutes les vaches qu'on lui amenait; on s'aperçut ensuite qu'il portait un pareil condylome, de la grosseur d'une châtaigne, à la partie antérieure du pénis. Les vaches couvertes par ce taureau guérirent toutes spontanément.

(*Schmidt's Jahrbucher.*)

Traitement du rhumatisme aigu par l'opium à haute dose, par le D. Corrigan.

Ce praticien a trouvé avec raison que les saignées abondantes ont avant tout pour effet d'affaiblir beaucoup le malade. L'opium, au contraire, abrège, selon lui, la maladie, soulage le symptôme principal, la douleur, relève les forces de manière à éviter les longueurs d'une convalescence, et enfin combat la tendance aux récidives, ou, si l'on veut, la prédisposition rhumatismale.

Il est bien certain que la saignée coup sur coup n'a pas tous ces avantages, et les deux derniers moins encore que les autres. Reste à savoir si l'opium mérite tant d'éloges. Il n'est pas de praticien qui n'ait plus ou moins employé ce moyen dans le rhumatisme; et peu, sans doute, lui rendent autant d'actions de grace que le fait le médecin irlandais. Mais celui-ci leur répondra que ce n'est pas avec un grain d'opium que l'on va vite et fort en besogne. Un grain toutes les quatre ou six heures est, selon lui, plutôt stimulant que sédatif. Il veut qu'on augmente successivement la dose jusqu'à ce que le malade se déclare soulagé, et qu'on en reste à celle-ci jusqu'à la période de déclin. Il rapporte huit observations de succès. Un de ses malades a pris jusqu'à douze grains d'opium en vingt-quatre heures, et un de ses confrères rhumatisants environ deux cents en quinze jours. Dix ou douze grains dans l'espace de vingt-quatre heures sont la quantité moyenne. La tolérance s'établit fort bien, sans symptômes cérébraux. Un des effets singuliers de cette tolérance est la diarrhée abondante qu'elle amène à sa suite.

Cette médication générale n'empêche pas le docteur Corrigan d'employer aussi des topiques, dans lesquels entrent le plus souvent la térébenthine, le camphre, avec la décoction de tête de pavot. Il arrive souvent, continue-t-il, dans le cours du rhumatisme aigu une série de symptômes embarrassants pour le médecin. Après que la fièvre a été abattue, que le malade a eu une sueur abondante, la peau devient quelquefois pâle, se couvre d'une sueur visqueuse, les douleurs prennent le caractère erratique. C'est alors, selon lui, que le sulfate de quinine, uni à l'opium, produit d'excellents effets. Il regarde aussi le gayac, ce vieux remède populaire (au moins en Irlande), comme très-avantageux sur le déclin des symptômes aigus. On sait, du reste, que M. le docteur Alliez, de Coulommiers, prétend avoir guéri

le rhumatisme avec le gayac à haute dose. M. Corrigan n'aborde point la question du rhumatisme chronique. Il termine son mémoire en avouant que l'opium ne produit plus les mêmes bons effets lorsque le rhumatisme a lieu avec la goutte ou seulement chez un goutteux.

(*Journal de Dublin.*)

Deux cas de rupture de l'artère axillaire pendant la réduction de la luxation du bras.

Déjà M. Flaubert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, a appelé l'attention des praticiens sur des déchirements des nerfs du plexus brachial, survenus par l'effet de la réduction de luxations anciennes : voici deux accidents bien autrement graves rapportés par le docteur Gibson, dans ses *Institutes de chirurgie*.

Dans le premier cas, c'est un homme âgé de cinquante ans, adonné à l'ivrognerie, qui se luxe l'épaule gauche. La luxation fut prise pour une fracture. S'apercevant de son erreur au bout de trois semaines, le médecin fit des tentatives de réduction, mais inutilement. Deux mois après la chute, le malade, voulant guérir à quelque prix que ce fût, s'adressa à M. Gibson.

On tira beaucoup de sang ; on fit usage de poulies pendant une heure et demie, et enfin la réduction fut opérée, le malade étant presque épuisé. Une heure après, il se manifesta un gonflement général sur les muscles deltoïde et pectoraux ; on le prit pour un effet de l'inflammation, et on n'y fit pas d'attention. Ce gonflement augmenta lentement pendant quelques heures, mais on ne s'en inquiéta pas dans la famille, d'autant plus que le malade souffrait à peine et conversait gaiement. Vers six heures du soir, le docteur Brinton fut étonné de la pâleur de son visage et de la faiblesse du pouls, qui était devenu presque imperceptible. Le malade expira quelques instants après, avant qu'on eût pu lui porter le moindre secours.

A l'autopsie, on trouva l'artère axillaire déchirée en travers près de la cavité glénoïde, et séparée violemment de ses rapports naturels. La tête de l'os avait été, dans la luxation, entraînée en bas dans l'aisselle, à environ un pouce et demi au dessous de la cavité glénoïde. La compression qu'elle exerçait sur l'artère axillaire elle-même avait produit un travail d'adhésion entre l'os et le vaisseau. On comprend maintenant ce qui arriva dans la réduction.

Le second cas est celui d'un homme de trente-cinq ans, de force athlétique, de six pieds (anglais) de hauteur, encore adonné aux habitudes alcooliques. Sa luxation, due à une chute sur l'épaule gauche, datait de neuf semaines. Avant de venir se soumettre aux soins du docteur Gibson, il avait subi ailleurs quatre tentatives de réduction, dans l'une desquelles on avait suspendu son corps par l'aisselle au sommet d'une porte. Pendant neuf jours, il fut tenu à une diète sévère ; on lui tira chaque jour dix onces de sang ; on appliqua des topiques gras sur l'articulation, après quoi, on tenta la réduction (15 mars 1839). Après sept quarts d'heure d'efforts gradués, mais persévérants, pendant lesquels on employa les poulies, et l'on passa plusieurs fois le talon dans l'aisselle, on parvint à réduire la luxation.

Alors le malade commença à se plaindre de faiblesse générale et d'engourdissement dans tout le membre. Le lendemain, 16 mars, on eut tous les signes de l'anévrisme de l'aisselle. Le 17, on fit la ligature de l'artère sous-clavière. Le malade succomba cinq jours après à la gangrène de son membre.

Dans ce cas, comme dans le précédent, on trouva l'artère adhérant intimement, au moyen de tissu cellulaire très-fort et de substance ligamenteuse, à la tête de l'os et à la capsule. La poche anévrismale était si dense et si épaisse que le docteur Gibson incline à croire que l'anévrisme s'était formé avant la tentative de réduction qu'il avait opérée.

Les conclusions sont faciles à tirer, pour les chirurgiens, de ces deux observations.

(*Idem.*)

Eléments de pratique médicale, par R. Bright et M. Addisson.

Si l'on jugeait du mérite comparatif des médecins de France et de ceux d'Angleterre par la fécondité bibliographique, nous serions fort en arrière de nos voisins. Chaque année voit éclore en Angleterre une douzaine au moins de traités didactiques et complets de médecine ou de chirurgie, plusieurs centaines de monographies ; et quant aux mémoires et observations, c'est bien, on peut le dire, le *sylva sylvarum* de faits que Bacon demandait pour édifier la science. Il n'est si modeste de nos confrères d'Outre-Manche qui ne veuille tenir le public médical au courant de ses moindres succès, de ses idées, si excentriques qu'elles soient; pas un coup de bistouri ne se donne sans que procès-verbal en soit dressé et publié fort et haut. Cette publicité, renfermée dans de certaines limites, a son bon côté, quoiqu'elle ait aussi ses inconvénients. Ce qui frappe surtout dans la bibliographie anglaise, c'est la hardiesse avec laquelle ces médecins procréent un traité complet de médecine ou de chirurgie. Le praticien français, surtout celui de Paris, s'isole de préférence dans les monographies, parce qu'ayant à lutter contre une forte concurrence, il se jette souvent dans les spécialités. La position du praticien de Londres offre plus d'avantages ; comme il n'y a pas, à proprement parler, d'école légale de médecine en Angleterre, l'enseignement médical est à peu près libre et offre une assez riche moisson de gloire et de fortune à ceux qui ont

la science ou la hardiesse nécessaires pour l'aborder. Or, chaque professeur particulier doit avoir nécessairement son traité de médecine, ou de chirurgie, ou d'anatomie, de même qu'à Paris chaque maître d'allemand commence par vous mettre sa grammaire entre les mains. Cette condition du médecin anglais, *curans et docens ubicunque*, ne peut manquer d'inonder la presse d'une foule d'ouvrages pour ou contre lesquels il y a beaucoup à dire, et sur beaucoup desquels, aussi, il y a à se taire. Il faut le dire aussi, la plupart de ces traités prétendus complets n'ont qu'un volume, rarement deux et presque jamais ne vont à trois. Nous autres Français, dans notre orgueil scientifique et national, nous professons en général assez peu d'estime pour les ouvrages des nations voisines et particulièrement de la fière Albion; et puis l'Angleterre, depuis vingt ans, est dans une espèce d'anarchie en fait de doctrine médicale; peu de médecins pratiquent le brownisme pur; la plupart se rangent à un mélange du brownisme avec les doctrines physiologiques et anatomo-pathologiques de France, plus ou moins fortement altérées, du reste, par les théories médicales que se crée chaque individu dans le pays où le libre arbitre règne dans le dogme médical comme dans le dogme religieux. Mais l'Angleterre n'ayant point de doctrine médicale établie et se traînant en ce point à la remorque de ses voisins, leur est fort indifférente sous presque tous les rapports. Néanmoins, il faut le dire, toutes les importations médicales d'outre-Manche ne sont point à dédaigner.

De l'incertitude des signes de la péritonite et sur un nouveau signe caractéristique de cette maladie, par Sementini, P.

La douleur qui s'augmente sous la pression de la main et par les divers mouvements du corps, bien qu'elle soit un des principaux caractères de la péritonite, ne lui est pourtant pas tellement propre qu'une autre maladie de l'abdomen ne puisse répondre à cette douleur : par exemple, il y a nausée, anxiété, vomissement, diarrhée et douleur au toucher des muscles abdominaux près de la région épigastrique, vous croyez que le péritoine est malade en cet endroit, et c'est l'estomac.

De fortes douleurs à la colonne dorsale en imposent pour la péritonite dorso-lombaire et sont même communes à la pleurite dorsale.

Les phénomènes de la mésentérite ne se distinguent guère de l'entérite, qui la plupart du temps se complique avec elle ou la précède.

La douleur mordante de l'épiploïte, qui se fait sentir avec le doigt au dessous et au dessus de l'ombilic, accompagnée d'une douleur érysipélateuse en ces parties, et d'une extrême sensibilité au plus léger toucher, sont des phénomènes qui quelquefois se confondent avec une attaque de rhumatisme des muscles abdominaux ou l'érysipèle *Zoster*.

La psoïte, qui gagne si promptement les muscles psoas, se distingue sans contredit par des caractères particuliers, tels que la douleur des lombes, de la vessie, des aines, un engourdissement jusqu'à la cuisse, et, lors d'un degré plus avancé, à une tumefaction des glandes inguinales et de l'attache du grand psoas; et pourtant ces phénomènes et d'autres encore n'ont rien de certain, à moins que le mal n'ait déjà fait de grands progrès.

Tous les symptômes témoignant aussi bien l'inflammation des viscères abdominaux que du péritoine qui les recouvre, on peut dire qu'il y a confusion parmi eux et qu'on ne saurait découvrir le siége primitif du mal.

La péritonite attaque plus les femmes que les hommes; d'ordinaire c'est après l'accouchement, cependant il n'est pas rare qu'elle survienne auparavant; elle précède ou suit souvent la fausse couche. Dans ces cas il y a complication de maladies, partant plus grande obscurité de diagnostic. Ainsi les douleurs de ventre qui annoncent que la péritonite puerpérale prend de l'extension, sont souvent de simples coliques sans que le péritoine y soit pour rien.

Le météorisme, les nausées, les envies de vomir peuvent être causés par des matières saburrales dans les intestins, condition à laquelle ne sont que trop sujettes les femmes en couche, sans qu'il y ait de complication inflammatoire, tandis que d'autres fois le vomissement et la diarrhée, ou au contraire la constipation opiniâtre, accompagnent la péritonite.

Dans la péritonite puerpérale, les seins ont coutume de s'affaisser, parce que le lait se supprime promptement; néanmoins il n'est pas sans exemple que ce caractère, qui appartient le plus à la maladie, ait manqué; les seins restent non seulement pleins, mais deviennent tendus et douloureux, et débordent vers les aisselles comme dans la fièvre de lait. Il peut se faire que ces deux maladies surviennent en même temps, et alors il ne sera pas facile de connaître la péritonite, si elle est commençante. Je dis si elle est *commençante*, parce qu'il n'est pas aussi commun que le pensent certains praticiens, de voir la fièvre de lait provenir ou être accompagnée de la péritonite.

Le museau de tanche est d'ordinaire douloureux dans la métrite et ne l'est pas dans la péritonite, et parfois le contraire à lieu.

Le praticien se soucie peu qu'on épaississe encore les ténèbres qui enveloppent le diagnostic de la péritonite puerpérale, il demande plutôt qu'on lui en signale l'invasion, afin d'empêcher la maladie de s'étendre et de la réprimer. *Une douleur au pubis et aux trochanters*, douleur tantôt spontanée, tantôt sensible seulement à la pression du pubis et

des trochanters, tel est, selon le docteur Sementini, le signe pathognomonique de cette maladie. Jusqu'à quel point cette remarque du médecin italien est-elle fondée ? C'est ce que nous ne saurions dire et ce sur quoi nous appelons l'attention des praticiens.

En conséquence, le docteur Sementini propose de poser les sangsues au pubis et aux trochanters, dès que ces régions seront douloureuses, et ensuite d'y appliquer des vésicatoires pour empêcher le progrès de la douleur. La douleur y a-t-elle déjà pris pied, il permet l'usage des purgatifs, toutefois avec prudence et précaution. Les saignées générales sont utiles dans le commencement de l'inflammation et préjudiciables dans un état avancé, parce qu'elles pourraient occasionner la résorption du pus déjà formé. Les rapports de cause font voir que l'ascite aiguë ou chaude provient le plus souvent de l'inflammation du péritoine d'où on infère que, dans cette maladie consécutive, les remèdes chauds et stimulants sont contraires et qu'il faut recourir aux sangsues, à la pommade de belladone, aux lotions et aux lavements d'eau cohobée de laurier-cerise. Les vésicatoires sont aussi indiqués. (*Memoriale della medicina contemporanea.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 18 février.)

Gangrène chez un nouveau-né.

M. Capuron lit un rapport sur un cas de gangrène survenue chez un nouveau-né, qui vint au monde dans un état apoplectique. La mère était primipare; les eaux s'étaient écoulées depuis la veille; la tête était fort basse, mais bien placée. L'enfant du sexe féminin, avait la face violacée, la respiration embarrassée; le cordon ayant été coupé, il s'écoula une certaine quantité de sang. Dès lors, les accidents cessèrent, et douze heures après la petite malade était rendue à la vie. Cependant de nouveaux accidents se développèrent, des phlyctènes apparurent à la peau, et huit jours après elle succombait à une gangrène étendue.

M. Moreau regarde comme un fait très-rare la gangrène survenue chez cet enfant. Il ne pense pas que l'écoulement prématuré des eaux et la longueur du travail qui en fut la conséquence puissent en donner une explication suffisante, car ces accidents sont très-communs, et la gangrène dont il est question se voit au contraire très-rarement.

Taille sus-pubienne chez la femme.

M. Souberbielle met devant les yeux de l'Académie la vessie et le reste de l'appareil urinaire d'une femme âgée de quarante-trois ans, chez laquelle il a pratiqué l'opération de la taille par le haut appareil. Les reins sont profondément altérés, enflammés, suppurant et renfermant des graviers; les uretères dilatés. La vessie offre une poche dans laquelle existait un calcul; il y en avait plusieurs autres avec des facettes, résultat de leur frottement. La malade a succombé le douzième jour.

(Séance du 25 février.)

Observation tendant à démontrer les relations nerveuses qui existent entre la mère et le fœtus.

M. Piédagnel donne lecture de l'observation suivante :

Appelé par une femme en travail, déjà mère de plusieurs enfants, il constate une présentation par les fesses. Le toucher lui fait reconnaître, en outre, une tumeur volumineuse que ce médecin, ainsi que M. Cottereau, jugèrent devoir être une tumeur sanguine de la matrice.

M. Piédagnel essaya à plusieurs reprises de percer cette tumeur au moyen de ses ongles et par des pincements assez énergiques. La patiente, à chaque tentative, criait qu'on lui faisait mal. On termina l'accouchement, et on put constater que la tumeur sur laquelle on avait exercé des pressions et des pincements, était développée sur le scrotum de l'enfant.

M. Piédagnel cherche à expliquer les douleurs ressenties par la mère, bien que la tumeur appartînt au fœtus par des considérations anatomiques sur l'existence des nerfs dans la membrane du chorion admise par plusieurs anatomistes.

Extraction des pierres enchatonnées.

M. Leroy d'Etiolles présente à l'Académie des instruments dont il s'est servi avec avantage pour extraire de leurs cellules des pierres enchatonnées dans la vessie. Le mécanisme de ces instruments est celui de la curette articulée, imaginée par M. Leroy d'Etiolles pour l'extraction des pierres et des fragments engagés dans l'urèthre, des corps étrangers introduits dans l'oreille, etc., curette généralement employée aujourd'hui.

(Séance du 3 mars.)

Prophylaxie de la phthisie pulmonaire.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur ce travail adressé à l'Académie par un médecin du département du Bas-Rhin. L'auteur a pris pour point de départ le rapport exact qui existe entre le volume des poumons et le développement du thorax, et s'est fondé d'ailleurs sur cette vue théorique que la phthisie pulmonaire est le résultat du dépôt dans les dernières ramifications bronchiques de la matière tuberculeuse. Il pense qu'en faisant dilater artificiellement le tissu pulmonaire par l'arrivée d'une grande quantité d'air dans les bronches, il sera possible de provoquer l'expulsion de la matière qui y est accumulée.

Douze faits viennent à l'appui de cette théorie.

Indépendamment de ce moyen spécial l'auteur conseille d'avoir recours aux moyens généralement recommandés, la respiration d'un air pur, un bon régime, etc.

—M. Bouillaud pense que la théorie dont on vient de parler n'est pas fondée, et que les conclusions tirées des faits cités à l'appui ne le sont pas davantage. Il faudrait d'abord un plus grand nombre d'observations et des détails plus circonstanciés qui ne permissent pas d'établir de doute sur la nature des prédispositions à la phthisie qu'on dit avoir combattues. Ce n'est pas seulement de l'étroitesse de la poitrine qu'il s'agit, mais aussi de l'ensemble de la constitution, qui est le véritable cachet du phthisique. C'est moins contre

l'exiguïté du thorax que contre cette condition générale qu'il faudrait agir.

(Séance du 10 mars.)

Empoisonnement par le tartre stibié.

M. Orfila donne lecture à l'Académie d'un mémoire sur ce sujet.

Déjà, en 1813, M. Magendie avait annoncé que le tartre stibié était absorbé d'après certains faits physiologiques; M. Orfila vient prouver qu'il en est ainsi, car il retire des divers viscères l'antimoine métallique qui fait partie de ce sel.

Le procédé qui lui a paru le plus simple et le meilleur, pour arriver à ce résultat, est celui auquel il a eu recours dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Il permet de reconnaître, avec certitude, les quantités les plus minimes d'antimoine, et consiste à traiter, par l'acide nitrique concentré, le sang ou les divers organes, à soumettre ensuite, à l'appareil de Marsh, les produits carbonisés obtenus et soumis à l'action de l'acide chlorhydrique bouillant, mélangé de quelques gouttes d'acide azotique.

M. Orfila a ingéré dans l'estomac de plusieurs chiens, quinze, vingt, vingt-cinq grains de tartre-stibié; tous moururent au bout de quelques heures.

Le foie, traité par les procédés indiqués, a donné des taches d'antimoine.

La rate, les poumons et le cœur, traités de la même manière, en ont à peine offert quelques traces.

Les reins en présentaient comme le foie.

Dans d'autres expériences, qui furent répétées un assez grand nombre de fois, M. Orfila constata que l'urine contenait une quantité très-notable d'antimoine; aussi en conclut-il :

1° Que le tartre stibié, introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans l'estomac, avec la précaution de lier ensuite l'œsophage, est absorbé et pénètre avec le sang dans les différents viscères, où il séjourne peu, surtout lorsque ces organes ne reçoivent qu'une petite quantité de sang;

2° Que les organes l'abandonnent et le cèdent surtout à l'urine, dans laquelle on le retrouve.

M. Orfila a constaté que, sous ce dernier rapport, l'acide arsénieux se comportait de la même manière que le tartre stibié.

Des faits et des expériences précédentes il croit pouvoir conclure :

1° Que le tartre stibié, mis en contact avec les tissus vivants est absorbé, et va pénétrer les organes avec le sang;

2° Qu'il est possible de retirer l'antimoine métallique de ces derniers, et d'avoir ainsi la preuve non équivoque de l'empoisonnement ;

3° Par conséquent, les rapports médico-légaux qui ne mentionnent pas la recherche du tartre stibié dans les viscères, où il peut séjourner après l'absorption, devront être regardés comme insuffisants ;

4° Qu'il faut chercher le tartre stibié ailleurs que dans l'estomac et les intestins, puisqu'il ne peut plus s'y retrouver s'il a été rejeté pas les vomissements ou les selles ;

5° Parmi les viscères, les organes sécréteurs les plus importants, tels que le foie et les reins, sont ceux qui renferment le plus d'antimoine ;

6° Qu'en admettant qu'il se fasse une décomposition dans le sang, elle ne sera que de peu d'importance, et donnerait lieu tout au plus à un hypo-antimonite de potasse soluble dans l'eau bouillante.

7° Il est possible de recueillir l'antimoine métallique, en traitant par l'eau bouillante, l'acide nitrique pure et l'appareil de Marsh, de la manière indiquée, un des viscères, et préférablement en agissant sur plusieurs;

8° Il pourrait arriver qu'en opérant de cette manière, on ne trouvât aucune trace d'antimoine, puisqu'il séjourne peu dans les organes ; mais constamment, en agissant sur les liquides sécrétés, et particulièrement sur les urines, on en constate la présence. Toutefois, l'antimoine semblerait rester moins longtemps dans les tissus que l'arsenic;

9° Que parmi les procédés employés dans le but de constater la présence de l'antimoine métallique, c'est à celui déjà indiqué pour la recherche de l'arsenic qu'il faut donner la préférence ;

10° Le même procédé, revendiqué à tort par M. Couerbe, nous semble l'emporter sur les autres par son exactitude et sa simplicité;

11° L'extraction faite de la sorte de l'antimoine métallique, renfermé dans les viscères, le sang et l'urine, prouve, si le malade n'a pas pris du tartre stibié comme médicament, qu'il y a eu empoisonnement par cette substance, puisqu'à l'état normal, le corps de l'homme ne renferme pas un atome d'antimoine.

M. Orfila insiste, en terminant, sur la différence que présentent l'acide arsénieux et le tartre stibié, sous le rapport de la durée de leur séjour dans le sang et dans les organes; l'acide arsénieux est éliminé plus lentement avec les produits de sécrétion que le tartre stibié.

Accouchement prématuré artificiel chez une naine.

M. P. Dubois présente à l'Académie de médecine une jeune naine âgée de vingt-trois ans, haute de trois pieds deux pouces neuf lignes : cette jeune femme a déjà eu deux enfants. Il y a deux ans, pour la première fois, que M. P. Dubois la vit, elle était enceinte et sur le point d'accoucher; M. Paul Dubois, malgré les manœuvres les plus sages et les plus prudentes, ne put parvenir à sauver les jours de l'enfant : il mourut pendant le travail; alors, pour achever l'accouchement, on eut recours à la perforation du crâne, les suites de couches furent très-heureuses, et la malade se rétablit bientôt.

Elle redevint enceinte pour la seconde fois, et se présenta à la clinique d'accouchements. Au mois de février, cette jeune femme se trouvait à son huitième mois, et le ventre très-distendu ; M. Dubois se décida alors à pratiquer l'accouchement prématuré. Il avait à choisir alors entre la rupture des membranes, la dilatation du col utérin par l'éponge préparée, ou bien l'administration du seigle ergoté : il s'arrêta à ces deux derniers moyens.

La malade ayant pris un bain, fut placée sur le bord de son lit; un spéculum fut alors introduit ; un morceau d'éponge préparée, long d'un pouce, taillé en cône, fut placé dans le col utérin, et par dessus une autre éponge molle, destinée à la maintenir, toutes deux fixées par un fil; on administra en même temps six grains de seigle ergoté ; la malade fut alors remise au lit. Quatre heures après, elle ressentait de fortes douleurs et se trouvait en plein travail; à neuf heures du soir, on rompit la poche des eaux, et on reconnut qu'il s'agissait d'une présentation par les fesses. Les doigts furent appliqués sur les hanches, pour faciliter leur sortie ; la tête restait au détroit supérieur; quelques tractions, des mouvements de flexion convenablement exercés la firent s'engager dans l'excavation, enfin elle sortit entièrement. L'en-

fant respira immédiatement; il avait quinze pouces de longueur ; le diamètre bipariétal était de trois pouces, l'occipito-frontal de trois pouces deux lignes; il pesait trois livres douze onces.

La mère le nourrit les premiers jours, bientôt la sécrétion lactée s'arrêta. Le vingtième jour, la femme était parfaitement rétablie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 5 fév. 1840.)

Présidence de M. Poisson.

Nouvelle opération pour guérir le strabisme (extrait d'une lettre de M. Dieffenbach).

Ce chirurgien de Berlin vient de faire, dans trois cas, cette opération avec succès. Voici le procédé opératoire qu'il a employé dans ces trois cas : Les paupières étant séparées par des crochets, il enfonce dans la conjonctive de l'angle interne de l'œil un petit crochet bien pointu qu'il remet ensuite entre les mains d'un aide. Il tire alors le globe de l'œil en dehors et coupe d'abord la conjonctive, en pénétrant de plus en plus dans la profondeur, jusqu'à ce qu'il rencontre le muscle droit interne qu'il coupe aussitôt avec des ciseaux fins.

Les individus opérés par M. Dieffenbach avaient, le premier, sept ans; le second, dix; et le troisième, quinze. L'hémorrhagie n'a été considérable chez aucun d'eux, et l'inflammation a été fort peu intense.

Le reste du traitement consistait en des compresses froides.

Ces trois malades ont été complètement guéris en huit jours, sans aucune trace de strabisme.

M. Arago, à l'occasion de cette communication, rappelle le procédé imaginé par M. Wollaston pour la guérison du strabisme, et exprime le regret de ne pas trouver, parmi les opuscules de l'illustre physicien qui ont été publiés depuis sa mort, la théorie fort délicate d'un moyen qui paraît avoir été employé avec succès. S'il ne se trouve rien dans ses papiers qui y ait rapport, M. Arago, qui a reçu ses confidences sur cet objet, se propose de remplir cette lacune de la science.

(Séance du 10 février.)

De la morve chez l'homme, chez les solipèdes et quelques autres mammifères, par MM. Breschet et Rayer.

Ces deux médecins font actuellement des recherches et des expériences sur la contagion de la morve et sur son mode de transmission. Ils annoncent qu'ils ne sont pas encore très-avancés dans leurs recherches. Leur mémoire n'est en effet, comme ils le disent, qu'une esquisse rapide de l'état de la science sur ces questions; mais ils promettent de donner, dans un second travail, le résultat de leurs recherches expérimentales. Ils ajoutent même que ces considérations les amèneront naturellement à traiter dans une autre notice *de la rage et de son développement*.

De la morve.—Des expériences récentes, dont plusieurs sont propres à MM. Rayer et Breschet, ne laissent plus de doute sur la possibilité de la transmission de la morve à l'homme et à d'autres animaux, tels que le chien, le bouc et le mouton. C'est chez les solipèdes qu'elle est le plus contagieuse; c'est chez eux seuls qu'on en observé le développement spontané. Il n'a point, au moins, été observé chez l'homme; mais elle peut résulter d'une inoculation accidentelle, soit à la suite de l'application d'une matière *morveuse*, soit par un séjour habituel dans les écuries où sont rassemblés des chevaux morveux.

Le poison morbide de la morve réside essentiellement dans la matière du *jetage*. On doit remarquer à ce sujet que la morve aiguë se transmet beaucoup plus facilement que la morve chronique; que celle-ci même se transmet difficilement hors les cas d'exacerbation. Pareille chose, du reste, s'observe dans la contagion de la syphilis. C'est la rareté de la contagion de la morve chronique qui a fait si longtemps croire, en France (seulement), à la non-contagion de cette maladie.

L'étude comparative de la morve dans les différentes espèces d'animaux, et en particulier chez les solipèdes et chez l'homme, démontre que dans ces espèces l'expression symptomatique éprouve des modifications nécessaires à signaler.

Trois symptômes principaux dénotent l'existence de la morve chez le cheval :

Jetage par les narines; *engorgement* des ganglions lymphatiques sous-maxillaires; *ulcération* de la muqueuse des fosses nasales chez l'homme. Ces symptômes sont obscurs dans assez bon nombre de cas, et deux peuvent même manquer complètement. L'écoulement morbide des narines quelquefois n'a pas lieu chez lui, ou ne se manifeste que tard. Il est facile de se l'expliquer : la matière morbide, chez le cheval, s'écoule naturellement par la partie la plus déclive des fosses nasales, par les narines. Chez l'homme, couché sur le dos dans un état de prostration, elle s'écoule presque toujours en petite quantité par le nez, et tombe, au contraire, plus abondamment dans la gorge, ce qui provoque une expuition muqueuse et sanguinolente qu'on n'observe point chez le cheval. L'empreinte caractéristique de la pituitaire est aussi moins apparente et moins prononcée chez l'homme, à cause de la différence énorme qu'il y a entre les dimensions de la cloison des fosses nasales chez l'homme et chez le cheval.

Quant au caractère de l'éruption nasale, quant à son siége, quant à la nature de l'humeur, tout est identique chez l'homme et le cheval.

L'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires est rare chez l'homme.

Ce fait s'explique, en partie, par une différence de rapport et de voisinage entre les fosses nasales et les ganglions sous-maxillaires chez l'homme et les mêmes ganglions chez le cheval.

La morve chronique est bien plus difficile à constater chez l'homme que chez les solipèdes. A la suite des syphilis constitutionnelles, la muqueuse des narines s'enflamme quelquefois et s'ulcère, les os se carient, et un écoulement plus ou moins fétide a lieu ; s'il existe en même temps des ulcères dans la gorge, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient. La scrofule et les dartres rongeantes peuvent aussi produire des effets analogues. L'exclusion de ces affections générales a, du reste, été faite avec soin dans ces derniers temps. Il n'est cependant pas douteux pour MM. Rayer et Breschet que des morves chroniques n'aient été prises pour des affections syphilitiques des fosses nasales.

Le *glandage*, qui a une si grande valeur dans la morve chronique du cheval, manque souvent chez l'homme.

Par contre, l'éruption morveuse dans le larynx est plus fréquente chez l'homme que chez les solipèdes.

La pneumonie lobulaire, que M. Rayer a si-

gnalée comme une des lésions de la morve farcineuse chez l'homme, a été aussi reconnue, un très-grand nombre de fois, comme élément de la morve aigüe farcineuse chez le cheval.

Les lésions de la peau présentent, au contraire, une différence entre l'homme et le cheval. Presque tous les cas de morve aiguë observés chez le premier ont été des cas de morve farcineuse, c'est-à-dire avec des abcès farcineux dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ceci s'observe beaucoup plus rarement chez le cheval.

Chez le cheval et chez l'homme, atteints de la morve farcineuse, on a trouvé des infiltrations de pus et des dépôts de lymphe plastique dans les interstices des faisceaux musculaires; mais le tissu musculaire du cheval présente rarement les abcès multiples, volumineux et étendus de la morve farcineuse de l'homme. Chez l'homme comme chez le cheval, les auteurs ont plusieurs fois observé, dans la morve farcineuse, de petits dépôts de pus entre le périoste et les os du crâne, et plusieurs fois aussi les os se sont trouvés atteints de carie.

On a observé chez l'homme, comme chez les solipèdes, dans la morve farcineuse, une inflammation des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques et à peu près dans la même proportion. On a trouvé aussi des abcès métastatiques dans le foie, dans la rate et dans les reins.

Autrefois, lorsque la morve était peu connue, on la désignait vaguement sous le nom d'*affection charbonneuse avec éruption anomale*. Mais dans la morve, les symptômes généraux d'infection précèdent l'éruption à la peau, tandis que l'affection charbonneuse est primitive et d'abord locale dans la pustule maligne.

Quant au pronostic, pour les solipèdes, la morve à l'état aigu et à l'état chronique est incurable dans l'immense majorité des cas, et chez l'homme elle est constamment mortelle. Ce qu'il importe donc, c'est de prévenir son développement, c'est surtout, disent les auteurs de ce travail, de ne plus propager le doute sur la propriété contagieuse de cette maladie, aujourd'hui si bien constatée.

Suit une note de M. Bouley fils, chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu, dans laquelle il assure avoir inoculé deux fois la morve de l'homme sur le cheval. Les deux chevaux ont succombé avec tous les symptômes de la morve aiguë.

—Après la lecture de ce mémoire M. Magendie s'exprime en ces âpres termes :

Notre honorable confrère vient de se prononcer d'une manière si affirmative, si absolue, que je n'ai d'autre moyen, voulant lui répondre, et croyant pouvoir le faire avec quelque avantage, que d'employer, moi aussi, quelques formules nettes et tranchées qui puissent lutter, sans désavantage, avec celles qu'il a employées.

Je dirai donc à mon honorable confrère, sans aucune précaution oratoire : Quand vous dites que la morve chronique est la même maladie que la morve aiguë, vous êtes dans l'erreur.

Quand vous dites que la morve chronique est contagieuse, vous êtes encore dans l'erreur.

Quand vous dites que la morve du cheval se transmet à l'homme par voie de contagion, vous exprimez une opinion que rien ne prouve, et qui, si elle se propageait sur l'autorité de vos paroles, pourrait avoir les conséquences les plus fâcheuses.

M. Magendie ajoute que depuis trois ans il a fait des essais sur la matière; plusieurs centaines de chevaux ont servi à l'objet des recherches de la commission dont il fait partie; et il reproche aux auteurs du mémoire de n'avoir rien fait par eux-mêmes dans tout ce qu'ils viennent de dire.

La commission dont il est ici question a placé, côte à côte, dans une même écurie, quinze chevaux atteints de morve chronique et quinze chevaux sains. Ce contact s'est quelquefois prolongé plus d'une année, sans donner lieu à aucun symptôme de contagion. Or, c'est surtout la morve chronique qui décime nos chevaux de troupes et cause chaque année des pertes énormes au pays.

M. Magendie regarde ce qu'on appelle la morve chez l'homme comme une maladie nouvelle, passagère, de nature *charbonneuse* et dépendant d'une altération du sang.

—M. Breschet répond par des propositions contraires à celles de M. Magendie, et qu'il est, par conséquent, inutile de reproduire. Il défie son confrère de l'Académie de signaler une erreur anatomico-pathologique dans les représentations de la morve aiguë et de la morve chronique du cheval, et de la morve aiguë de l'homme, mises sous les yeux de l'Académie.

—M. Becquerel, membre de l'Institut, cite des observations faites par son fils, qui tendent à prouver la contagion de la morve des solipèdes à l'homme, et réciproquement.

—M. Larrey parle en sens contraire. Il assure n'avoir jamais entendu dire, pendant les longues guerres de l'empire, qu'un seul des cavaliers ayant soigné des chevaux morveux, ou affectés de la morve, eût contracté cette maladie. Il ne conteste pas les faits de la contagion (du cheval à l'homme), il ne sait pas ce qu'il y a encore à prononcer sur l'existence réelle de cette contagion; mais ce qui est certain, c'est qu'une telle idée répandue dans l'armée pourrait produire sur les corps de cavalerie une impression extrêmement fâcheuse.

Note sur une monstruosité nouvelle. Portion de fœtus vivant aux dépens du testicule, par M. A. Velpeau. (Commissaires, MM. Serres, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Breschet.)

Un homme de vingt-sept ans, bien constitué, est entré il y a quelques semaines à la Charité, présentant une tumeur du volume du poing, située au côté droit du scrotum. Cette tumeur existait depuis la naissance de l'individu, elle n'avait jamais causé de douleur, et il était possible de l'inciser, de la piquer, ainsi que de la traverser de part en part sans causer la moindre douleur; elle était élastique, présentant des duretés à son intérieur; une mèche de poils sortait par une sorte d'ulcère de sa partie postérieure; un tubercule rougeâtre existait en avant, au fond d'une autre ouverture, par laquelle de la matière glaireuse ou grumeleuse en avait été quelquefois expulsée. M. Velpeau dit que ces considérations le firent s'arrêter à l'idée d'une *tumeur fœtale, d'un produit de conception*. Il écrivit à M. Senoble, médecin d'Esternay, qui lui répondit qu'à l'âge de quatre mois, le jeune Gallochat présentait une tumeur, ou seulement un gonflement des bourses, qu'il reconnut n'être qu'un pneumatocèle. A quelques mois de là il remarqua une tumeur enflammée qui céda aux simples topiques émollients. Après n'en avoir plus entendu parler pendant trois ou quatre ans, il apprit que la tumeur grossissait toujours. Ces détails, quoique fort incomplets, fortifièrent M. Velpeau dans sa première opinion, et il conçut le projet d'extirper la tumeur sans enlever le testicule. L'opération fut terminée comme il le désirait, et le malade est actuellement hors de danger.

La tumeur a présenté à l'examen presque tous les éléments anatomiques du corps d'un mammifère; tissus adipeux, fibreux et musculaires, et à l'extérieur une couche de nature cutanée. On a

trouvé à l'intérieur deux kystes remplis de matière jaune verdâtre et demi-liquide comme le méconium, à travers lequel sortait la mèche de poils qui se montrait à l'extérieur. Dans un quatrième sac, existait une matière grumeleuse d'un jaune sale, concrète et entourée de poils.

Au milieu de ces éléments, M. Velpeau a trouvé des os en grand nombre, partout enveloppés d'une sorte de périoste, et les pièces diverses, mobiles les unes sur les autres, offrant des articulations réelles.

Il a cru reconnaître la clavicule, le scapulum et une partie de l'humérus dans un premier groupe; dans un second, le bassin ou la base du crâne, constitué par le corps du sphénoïde ou le sacrum; une troisième série paraît comprendre des vertèbres. M. Velpeau va jusqu'à penser que ces portions de fœtus ont vécu et se sont développés en même temps que l'individu qui les portait. Maintenant, se demande-t-il, comment le fait a-t-il pu s'établir? Est-ce pendant la vie *intrà-utérine?* Une partie de fœtus, dont le reste aurait disparu, se serait-elle collée au scrotum de manière à y rester sous forme de bourgeon ou de greffe, ou bien seraient-ce les restes d'un fœtus d'abord entré dans le ventre de l'autre, puis descendu par la tunique vaginale, qui aurait à la fin usé de dedans en dehors les enveloppes du scrotum pour s'épanouir à l'extérieur?

(Séance du 17 février.)

Nominations.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un membre pour la place vacante dans la *section de physique*. Le nombre des votants est de 57. Au premier tour de scrutin,

M. Babinet obtient	35	suffrages.
M. Despretz	19	
M. Péclet	2	

Il y a un billet blanc.

M. Babinet ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

Observation relative à la contagion de la morve chronique, par M. Leblanc.

Un cheval atteint du farcin chronique, après avoir reçu des soins qui firent disparaître momentanément les symptômes du farcin, fut placé dans une écurie très-bien disposée, habitée par seize chevaux. Après deux mois de co-habitation quatre de ces chevaux présentèrent les symptômes de *la morve chronique*. Dans cette écurie couchait le nommé Deval, palefrenier, qui leur donnait des soins. Cet homme tomba malade et fut reçu à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau. Plus tard, il passa dans le service de M. Bérard jeune, et, après avoir présenté des symptômes évidents de farcin chronique, il est mort d'une morve aiguë farcineuse.

L'auteur ajoute avoir déjà publié d'autres faits analogues dans deux mémoires qu'il adresse aujourd'hui à l'Académie, et qui prouvent incontestablement :

1° Que les *diverses espèces* de morve et de farcin doivent être considérées comme des formes variées d'une même affection générale;

2° Que *toutes* les formes de morve et de farcin sont contagieuses, mais à différents degrés;

3° Que la morve de l'homme peut être reportée sur le cheval par inoculation.

(Séance du 24 février.)

Rien qui concerne la médecine ni la chirurgie.

NOUVELLES.

Musée Dupuytren.—L'inscription suivante vient d'être placée à l'entrée du musée d'anatomie pathologique de l'Ecole de médecine :

MUSÉE
Erigé aux frais de l'état, en 1839,
Par les soins de M. Orfila,
Doyen de la Faculté de médecine de Paris,
Qui lui a donné le nom de
MUSÉE DUPUYTREN,
Pour honorer la mémoire d'un homme célèbre,
Et en reconnaissance du legs de
200,000 francs
Fait à la Faculté par ce professeur
Pour la création d'une
Chaire d'anatomie pathologique

Hôpitaux.—Un concours va s'ouvrir prochainement dans les hôpitaux de Paris pour quatre places de médecins expectants attachés au service des aliénés.

Les conditions sont les mêmes que pour les médecins ordinaires du bureau central; seulement les concurrents sont tenus de fournir la preuve qu'ils n'occupent pas de position qui les empêche de résider dans les établissements de Bicêtre et de la Salpêtrière.

— Un jeune étudiant en droit de Caen, âgé de vingt-trois ans, M. Mauny, est mort victime d'une erreur bien déplorable. Cet infortuné, à qui son médecin avait prescrit pour boisson l'*eau de Barèges*, s'est empoisonné en buvant un *verre d'eau de Barèges pour bain.*

La justice informe sur la conduite du pharmacien en cette circonstance. M. Mauny était marié depuis quelques mois.

Nécrologie.

— M. Hippolyte Cloquet, membre de l'Académie royale de médecine, agrégé de la Faculté de Paris, est mort d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

— M. le docteur Biett, membre de l'Académie royale de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, est mort à l'âge de cinquante-six ans d'une maladie du cœur.

Avant la nomination de M. le docteur Leroy-d'Etiolles, le seul bruit de cette nomination avait donné lieu à la lettre suivante :

A messieurs les membres du conseil-général des hopitaux et hospices civils de Paris.

Messieurs,

Les chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de Paris, informés que M. Leroy-d'Etiolles vous a adressé une demande tendant à le faire admettre sans concours parmi les chirurgiens du bureau central, et à créer pour lui, dans cet établissement, un service spécial pour les maladies des voies urinaires, ont cru de leur devoir de soumettre à vos lumières et à votre équité quelques observations.

Ils se sont d'abord demandé quelles seront les attributions du nouveau service. Aura-t-il pour objet le traitement spécial de la pierre par la lithotritie, ou bien s'occupera-t-il de toutes les affections des voies urinaires? Il est impossible d'admettre la première supposition; car il ne peut venir à l'idée de personne qu'on tente une opération aussi grave que la lithotritie, dans une consultation, sur des malades venus à pied, obligés de s'en retourner de même, et abandonnés ensuite

chez eux à toutes les chances d'accidents qui peuvent survenir.

La seconde supposition n'est pas plus favorable à la création demandée; car, si quelques maladies des voies urinaires sont assez légères pour pouvoir être guéries par des soins administrés à une consultation, il n'est besoin de rien changer à ce qui est établi. Chaque jour, dans tous les hôpitaux, c'est-à-dire dans tous les quartiers de Paris, des secours de ce genre sont administrés aux malheureux par des chirurgiens qui ont fait leurs preuves dans les concours, et qui sont investis de la confiance de l'administration. Nous aimons à penser qu'avec ces deux garanties, on ne supposera pas que le traitement des maladies des voies urinaires soit négligé dans les hôpitaux, ou qu'il puisse être mieux connu ailleurs. Est-il besoin d'ajouter qu'au moyen de ces consultations ainsi données dans tous les quartiers de la capitale, chaque malade reçoit, sans dérangement et presque sans perte de temps, des secours qui sont à sa portée? Cette considération doit avoir de l'importance auprès de ceux qui savent que c'est dans le travail et dans sa durée que résident tous les moyens d'existence de la classe pauvre, auprès de vous surtout, Messieurs, dont tous les efforts tendent à en soulager la misère

Si, au contraire, le mal est plus grave, ce ne sont plus des conseils ni des soins passagers que le pauvre réclame, mais une continuité de moyens, le repos et une surveillance attentive, qu'il ne peut trouver que dans un hôpital.

La création d'un service spécial au bureau central ne s'appuie donc sur aucun motif sérieux, et nous pourrions borner là nos réflexions.

Mais la demande de M. Leroy-d'Etiolles attaque un principe que la sagesse du conseil des hôpitaux a depuis long-temps consacré. Tous les chirurgiens du bureau central doivent aujourd'hui, d'après les réglements, être nommés au concours, et on cherche en vain par quels motifs M. Leroy-d'Etiolles serait dispensé de suivre cette voie. Ne serait-ce pas une déception que d'exiger des uns des épreuves multipliées, qui demandent de si longues et si pénibles préparations, et d'aplanir la route aux autres en les dispensant de fournir cette garantie? Le conseil des hôpitaux s'apercevra sans doute qu'une telle faveur ouvrirait la porte à des prétentions de toute espèce, et qu'il se priverait par là du moyen de s'assurer de bons choix.

Enfin, il est de notre devoir d'ajouter que l'extension que tendent à prendre les spécialités dans les hôpitaux de Paris sont tout-à-fait contraires aux intérêts des malades et de la science.

Nous savons avec quelles préventions est généralement jugée dans le monde la question des spécialités. En vain, la grande majorité des hommes de l'art s'y est-elle déclarée contraire, on n'ose nier leur incompétence, mais on les accuse de partialité. Il faut le dire, cependant, les raisons qui entraînent nos convictions à cet égard remontent plus haut que l'époque actuelle : l'histoire tout entière de la chirurgie est là pour déposer que l'art s'est constamment perdu dès qu'on l'a morcelé, et qu'il n'a été sauvé que quand de fortes intelligences l'ont reconstitué dans tout son ensemble. Il y avait aussi, au moyen-âge, une foule de spécialités; les unes pour les yeux, les autres pour la pierre, etc., etc. Les *inciseurs* pour les hernies ont laissé une réputation effrayante ; les *rebouteurs* étaient comptés parmi les fléaux qui affligeaient les provinces.

C'est à Paris, et surtout dans les hôpitaux de Paris, que s'est faite, par les efforts du temps et le génie de quelques hommes, cette brillante synthèse de notre art; il ne faut pas que ce soit de ces mêmes hôpitaux que parte le signal d'une nouvelle anarchie. En vain prétendra-t-on que les temps ne sont plus comparables. Sans remonter plus loin que la moitié du dernier siècle, il n'a pas manqué à cette époque de chirurgiens spéciaux, et si l'on se demande ce qu'ils ont produit, on ne trouve le plus souvent qu'un amas confus de formules de remèdes secrets, soutenus par toutes les formes du charlatanisme.

Sans doute, il est des hommes que de tels reproches ne sauraient atteindre; mais nous savons aussi que les intelligences vraiment puissantes n'ont jamais consenti à se restreindre dans le cercle étroit des spécialités, et que la chirurgie ne compte pas un progrès dont elle soit redevable aux hommes qui n'ont étudié qu'une seule de ses branches.

Le restaurateur de l'ophthalmologie, c'est Scarpa; les chirurgiens qui ont le plus fait pour le traitement des hernies, ce sont Scarpa, Astley Cooper, Dupuytren, pour ne citer aucun de nos collègues vivants; les praticiens qui ont éclairé le diagnostic et la thérapeutique des voies urinaires, ce sont Chopart, Desault, Dubois, Boyer, etc., etc.

Nous espérons donc que le conseil général des hôpitaux voudra bien se refuser à la création d'une place nouvelle dans le bureau central, et s'opposer ainsi à une inovation inutile, nuisible aux intérêts des malades, préjudiciable aux progrès de la chirurgie.

Ont signé : MM. Roux, Marjolin, Baffos, Paul Dubois, Cullerier, J. Cloquet, Breschet, Lisfranc, Sanson (aîné), Auvity, Blandin, Gerdy, Velpeau, Berard (aîné), Jobert, Laugier, Boyer, Berard (jeune), Ricord, Monod, Robert, Michon, Guersant (fils), Vidal, Lenoir, Malgaigne, Huguier, Rigaud, Nelaton.

Extrait du rapport adressé à M. le préfet de police sur les faits de morve du cheval communiquée à l'homme.

Ce rapport, signé par MM. Pariset, Juge, Emery, Guérard, Huzard, rapporteur, a été approuvé par le conseil de salubrité, dans sa séance du 8 novembre 1839.

La commission, après avoir rappelé les faits relatifs à la transmission de la morve du cheval au cheval et du cheval à l'homme, et après avoir exposé les opinions des vétérinaires sur cette grave question, a terminé son rapport en proposant les mesures suivantes.

PAR RAPPORT AUX PALEFRENIERS.—Art Ier. Il est défendu à qui que ce soit de coucher ou de faire coucher des palefreniers dans les écuries où il se trouverait des chevaux seulement suspectés de morve. Il est défendu même de coucher et de faire coucher des palefreniers dans les écuries servant d'infirmeries de chevaux, et même dans tout local servant à loger des animaux malades, de quelque espèce qu'ils soient.

Art. 2. Les personnes qui seraient exceptionnellement autorisées à traiter des chevaux morveux ou suspectés de morve, ou qui auraient des infirmeries vétérinaires et qui voudraient faire surveiller leurs animaux pendant la nuit, devront faire établir la chambre du gardien de manière qu'elle ne communique point avec l'écurie, et que la surveillance s'exerce au moyen d'un châssis vitré.

PAR RAPPORT AUX CHEVAUX MORVEUX, FARCINEUX OU SEULEMENT SUSPECTÉS DE MORVE. — Art. 3. Toute personne qui aurait en sa possession des chevaux, ânes ou mulets atteints ou suspectés

de morve ou de farcin, sera tenue d'en faire sur-le-champ sa déclaration, dans les communes rurales du ressort de la préfecture de police, devant le maire; et à Paris, devant un commissaire de police.

Art. 4. Il est défendu de vendre et d'exposer en vente, dans les marchés et partout ailleurs, des chevaux, ânes ou mulets, atteints ou seulement suspectés de morve ou de farcin; il est également défendu d'employer à un service quelconque et même de conduire sur la voie publique les animaux qui se trouveront dans ce cas.

Art. 5. Il sera fait de fréquentes visites par un vétérinaire ou par tout autre préposé à cet effet, soit dans les marchés, soit sur les places affectées au stationnement des voitures de place, et sur tout autre point de la voie publique, à l'effet de rechercher les animaux présentant des signes de morve ou de farcin.

Art. 6. Les animaux qui seront dans le cas des articles précédents seront, à Paris, conduits dans une fourrière destinée à les recevoir; et dans les communes rurales, conduits dans une fourrière semblable, s'il y en a une, ou consignés chez le propriétaire, s'il est habitant de la commune, ou consignés dans tel endroit que le maire jugera convenable, si le propriétaire de l'animal n'est pas un habitant de cette commune.

L'animal, dans le plus court délai possible, sera visité par un vétérinaire désigné par l'autorité.

Art. 7. Si l'animal est reconnu sain par le vétérinaire commis par l'autorité, il sera rendu au propriétaire.

Art. 8. Si le cheval est reconnu morveux incurable par le vétérinaire, et si le propriétaire consent à ce que l'animal soit abattu, il sera marqué d'un *M* fait au ciseau dans le poil de la croupe, pour être livré sans délai à l'équarrisseur. Il sera dressé de la visite un procès-verbal qui contiendra le consentement de l'abatage.

L'abatage devra avoir lieu en présence du vétérinaire ou de tout autre préposé de l'administration qui en rendra compte au préfet.

Art. 9. Si le propriétaire ne consent pas à l'abatage, il nommera un vétérinaire breveté des écoles pour visiter l'animal d'une manière contradictoire : en cas de dissidence, il sera nommé un tiers-expert par l'autorité qui, sur le rapport du tiers-expert, statuera sur ce qu'il appartiendra.

Art. 10. Si, dans la visite du tiers-expert, l'animal est déclaré morveux ou farcineux, incurable, il sera abattu comme il est dit à l'art. 8.

Toutefois le propriétaire pourra, à ses frais, faire conduire l'animal à Alfort, pour y être traité si l'Ecole juge devoir essayer un traitement; sinon l'animal sera abattu immédiatement dans la dite Ecole ou livré à son équarrisseur.

Art. 11. Si l'animal est déclaré, par le vétérinaire de l'administration ou par le tiers-expert vétérinaire, seulement suspecté de morve ou atteint de farcin, dont la guérison est encore à espérer, il sera loisible au propriétaire de le faire traiter soit à l'Ecole royale d'Alfort, soit dans sa propre écurie, mais, dans ce dernier cas, aux conditions suivantes :

L'animal sera marqué d'un signe représentant une équerre tracée au ciseau dans le poil, au défaut de l'épaule gauche.

L'écurie où devra être placé le cheval en traitement, non seulement sera isolée de manière qu'elle ne puisse présenter de dangers de contagion pour les animaux bien portants, mais encore elle devra être très-saine et suffisamment large pour que le traitement et le pansement soient faciles; elle ne devra même contenir aucun autre cheval ou animal quelconque.

Cette écurie sera désignée par le vétérinaire de l'administration, et l'animal ne pourra y être placé que sur l'avis de ce vétérinaire et d'après la permission de l'autorité; jusqu'à ce moment l'animal restera dans la fourrière destinée aux animaux suspects de morve.

L'animal en traitement ne pourra plus ni travailler ni même être promené sur la voie publique ou dans tout autre lieu, où il pourrait se trouver en contact avec des animaux sains.

Enfin, il devra toujours être soumis aux visites des préposés de l'administration.

S'il paraissait guéri, le propriétaire en ferait la déclaration à l'autorité qui, sur une nouvelle visite du vétérinaire commis par elle, donnera ou refusera l'autorisation de s'en servir aux travaux ordinaires.

Art. 12. Lorsque le cheval suspecté de morve aura été arrêté loin de la demeure du maître, et lorsque celui-ci fera traiter l'animal soit chez lui, soit à l'Ecole d'Alfort, l'autorité désignera la route que le cheval devra suivre, les lieux où il devra stationner si la route est trop longue pour être parcourue en une seule marche, et le propriétaire devra se conformer strictement à ces prescriptions; il ne devra surtout pas faire passer la nuit à l'animal dans tout local servant à des chevaux sains.

Toutes les fois que l'autorité le jugera convénable, elle fera accompagner l'animal suspect par un préposé et aux frais du propriétaire.

Enfin, si celui-ci habite une autre commune que celle ou l'arrestation aura été opérée, l'autorité qui aurait fait l'arrestation préviendra aussitôt, de tout ce qui se sera passé, le maire de la commune du propriétaire.

Art. 13. Des visites par un vétérinaire commis par l'autorité seront faites de temps en temps dans les écuries des entrepreneurs de diligences, de messageries, des aubergistes, des voituriers, des rouliers, maîtres de poste, loueurs de voitures et marchands de chevaux.

Toutes les fois qu'il sera nécessaire, l'expert vétérinaire sera accompagné dans ces visites par le maire de la commune ou par le commissaire de police.

Il sera procédé, à l'égard des chevaux malades dans ces établissements, comme il est dit aux articles 8, 9, 10 et 11.

Art. 14. Faute par le propriétaire qui aurait des animaux dans le cas de l'art. 11, de vouloir ou de pouvoir se conformer aux prescriptions de cet article, les animaux suspectés de morve ou farcineux seront conduits à la fourrière destinée à recevoir ces animaux.

Le propriétaire sera tenu de consigner le montant des frais de nourriture pour huit jours, sauf la restitution d'une partie de ces frais, si l'animal était abattu ou rendu avant l'expiration de la huitaine.

Si le propriétaire se refusait à faire cette consignation, l'animal serait abattu.

Art. 15. Les écuries et autres localités dans lesquelles auront séjourné les animaux morveux, farcineux ou seulement suspectés de morve, seront aérées et purifiées à la diligence des maires ou des commissaires de police par les soins des personnes de l'art.

Ces écuries ne pourront être occupées par d'autres animaux qu'après qu'il aura été constaté, en présence d'un expert vétérinaire, que les causes d'infection n'existent plus.

Ces dispositions sont également applicables aux équipages, harnais et colliers.

Dispositions générales. — Art. 16. La présente ordonnance sera affichée dans les écuries des entrepreneurs de diligences, de messageries, des aubergistes, des voituriers, rouliers, maîtres de poste, loueurs de voitures, marchands de chevaux et dans toutes les infirmeries vétérinaires.

Le directeur de service, *H. GOURAUD.*

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 5. — MAI 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Recherches pour servir à l'histoire de la pneumonie chronique.

« L'observation clinique et anatomico-pathologique des hôpitaux, toujours féconde » par elle-même, donnera cependant des » résultats différents, en raison de la différence des sujets, des pays, de la situation, » de l'exposition, etc.» (Broussais, *Hist. des phleg. chr.*, *préf.*, p. xvij.)

Après les beaux travaux de Laënnec sur les maladies de poitrine, et en particulier sur la pneumonie, dont plusieurs médecins distingués ont fait encore récemment une étude toute spéciale, on serait tenté de croire qu'il ne reste plus rien à dire au sujet de cette affection.

En effet, l'inflammation aiguë du poumon peut être considérée aujourd'hui comme une des maladies les mieux connues. Mais il n'en est pas de même de la pneumonie chronique que les pathologistes ont à peu près oubliée de nos jours, et dont l'histoire, fort incomplète, est encore presque toute à faire. Cette différence dépend sans doute de ce que 1° la pneumonie chronique est beaucoup plus rare que la pneumonie aiguë; 2° qu'elle se développe ordinairement dans des circonstances particulières; et 3° qu'un fort petit nombre de médecins se trouvent convenablement placés pour ce genre d'observations. Peut-être aussi doit-on tenir compte de l'étrange confusion que les auteurs ont introduite dans les mots qui servent à désigner les différents caractères anatomiques de la pneumonie, les uns appliquant à l'état aigu les expressions qui ne conviennent qu'à l'état chronique, et *vice versa*, tandis que d'autres emploient indifféremment les mêmes termes pour exprimer des choses différentes, et des termes différents pour exprimer les mêmes choses.

Les recherches qu'on va lire n'ont pas seulement pour but de faire cesser un pareil état de choses, mais encore de rappeler l'attention des observateurs sur la phlegmasie chronique du poumon. Puissent-elles en même temps éclairer un peu ce point important de pathologie!

La connaissance de la pneumonie chronique ne remonte guère au delà du commencement de ce siècle. Du moins les écrits publiés avant cette époque ne renferment-ils rien qui puisse en donner une idée suffisamment exacte. Dans différents endroits de son ouvrage sur le *siége et les causes des maladies*, et notamment dans les vingtième et vingt et unième lettres consacrées à la *douleur de poitrine*, Morgagni parle bien de l'*induration* du poumon qui présentait, dit-il, l'*aspect et la consistance du foie*. Mais, outre que cet auteur ne considère pas lui-même la lésion dont il s'agit comme le caractère propre de la pneumonie chronique, les symptômes et la marche de la maladie qu'il décrit sont, à n'en pas douter, ceux de l'inflammation aiguë du poumon.

Au reste, il se sert à peu près constamment des mêmes expressions pour désigner les deuxième et troisième degrés de la pneumonie, dans lesquels le tissu pulmonaire, devenu rouge ou grisâtre, lui paraissait en même temps *plus ou moins dur et semblable au foie*. Cela suffit, ce me semble, pour prouver qu'aux yeux de cet illustre observateur, l'*induration pulmonaire* n'était autre chose que ce qu'on est convenu d'appeler *carnification*, mais plus généralement *hépatisation*, et ce que M. le professeur Andral désigne sous le nom de *ramollissement*.

A l'époque où parut, pour la première fois, l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, la science ne possédait encore que quelques dissertations inaugurales qui traitassent de la pneumonie du même nom. A la vérité, leurs auteurs en ont donné, pour la plupart, une description tellement obscure et incomplète, qu'il serait, le plus souvent, difficile de dire au juste s'il est question de la pneumonie chronique plutôt que de la pleurésie, du catarrhe ou de la phthisie pulmonaire. Néanmoins, on ne peut pas douter qu'ils ne l'aient observée, et même assez fré-

quemment, si l'on en juge par le nombre des observations auxquelles ils ont donné ce titre. Toutefois, l'un d'eux, M. Racine, qui s'exprime le plus clairement à ce sujet, ne rapporte qu'un seul cas où l'autopsie soit venue confirmer le diagnostic. Encore se borne-t-il à dire : « Le lobe gauche était gorgé de sang ; la partie inférieure du droit était comprimée par un épanchement pleurétique. Le reste de ce poumon était volumineux, ne crépitait point, et avait partout la *dureté du foie* (thèses de Paris, an XI). » La maladie était restée latente pendant longtemps et s'était ensuite terminée brusquement dans l'espace de quarante-huit heures. Mais un peu plus bas il ajoute : « L'induration partielle du poumon, et quelquefois son entière squirrosité, constituent une des terminaisons de l'inflammation lente et chronique de cet organe. » Cette proposition, à l'appui de laquelle il invoque le fait précédent, ainsi que plusieurs autres terminés par la guérison, fait voir au moins que la pneumonie chronique n'était pas tout-à-fait inconnue à cette époque, et que l'*induration* du tissu pulmonaire était déjà considérée comme son caractère anatomique.

Mais c'est dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, publiée en 1808, que l'on doit véritablement chercher les premières notions un peu précises et complètes sur la pneumonie du même nom. Déjà les recherches dont elle avait été l'objet, reléguées dans de modestes dissertations, étaient à peu près comme non avenues, puisque M. Broussais lui-même paraît les avoir ignorées. Son ouvrage, plein de faits intéressants, et qui révélait en quelque sorte l'existence de tout un nouveau genre de maladies, ne pouvait pas manquer de produire et produisit en effet une certaine sensation dans le monde médical. Placé dans les conditions les plus favorables, peut-être, pour observer la pneumonie chronique, l'auteur en a décrit les différents caractères avec beaucoup plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui. Toutefois, si l'importance et l'étendue de ses recherches permettent de lui attribuer la *découverte* de cette affection, du moins rien n'autorise à penser qu'il l'ait *inventée*. Entrevue par ses prédécesseurs, elle a encore été observée et décrite par les auteurs qui l'ont suivi. Aussi, lorsqu'on entend des médecins soutenir que son œuvre est le fruit d'une longue erreur, doit-on croire que, n'ayant pas eu l'occasion de répéter ses observations, ils n'ont pas non plus pris la peine de soumettre à une discussion approfondie les faits contenus dans l'ouvrage indiqué plus haut.

Pour détruire un pareil préjugé, qui nuit encore aux progrès de la science, je devrais maintenant aborder moi-même cette grave discussion, seulement en ce qui concerne la pneumonie chronique.

Mais, comme je me propose d'examiner la question avec soin, et d'entrer dans tous les développements nécessaires, afin de fixer définitivement les idées à cet égard, j'aime mieux faire connaître d'abord l'opinion des auteurs qui sont venus après. L'analyse succincte de leurs travaux, auxquels celui de M. Broussais a donné naissance et servi de modèle, pourra d'ailleurs préparer les esprits à juger plus sainement les observations consignées dans son *Histoire des phlegmasies chroniques*.

L'inflammation lente du poumon est encore, aux yeux de quelques médecins, une affection tellement rare, qu'ils doutent même s'ils l'ont jamais observée. Néanmoins, parmi les auteurs qui ont entrepris des recherches à ce sujet, il en est plusieurs qui, sans la considérer comme très-fréquente, en parlent pourtant comme d'une maladie assez commune. Ainsi, dès l'année 1811, dans une thèse d'ailleurs fort bien faite pour l'époque, sur la pneumonie chronique, M. Letenneur s'exprime de la manière suivante : « C'est principalement chez les enfants et les vieillards qu'on observe la pneumonie chronique et lente. L'état de faiblesse et d'inertie où se trouvent ces derniers en donne une raison suffisante. »

Ici l'auteur, qui n'avait probablement encore observé que dans les hôpitaux civils, est peut-être un peu trop exclusif. En effet, il est certaines conditions sous l'influence desquelles les individus les plus robustes sont fréquemment atteints de la maladie qui nous occupe, comme nous le verrons plus bas, et en particulier chez les militaires dont M. Broussais nous a conservé l'histoire. Du reste, l'opinion de M. Letenneur me paraît se rapprocher beaucoup de la vérité lorsqu'il dit : « Au bout d'un certain temps la mort survient, après une agonie plus ou moins longue ; ou bien les symptômes de l'état aigu se réveillent, et la mort frappe le malade d'une manière imprévue et instantanée. Le premier cas s'observe ordinairement chez les sujets faibles, et qui ont langui plus ou moins long-temps ; le second, au contraire, arrive assez communément chez ceux qui sont doués d'une constitution plus robuste, et qui ont commis quelque infraction aux règles de l'hygiène. Ce double mode de terminaison par la mort a été fréquemment observé par MM. Broussais et Récamier. » (Thèse citée.)

Quant aux lésions qu'on rencontre dans la poitrine des individus qui meurent à la suite de pneumonie chronique, le même auteur les décrit en des termes auxquels je prie le lecteur de faire bien attention. « L'un des poumons, ou tous les deux à la fois, sont *endurcis*, *hépatisés*, comme on le dit, dans une étendue plus ou moins grande. Cette *induration varie* quant à son volume, sa couleur et sa consistance. La couleur de la portion *hépatisée* est tantôt grise, ardoisée, tantôt bleuâtre ou rougeâtre. Avec ces variétés de couleur coïncide ordinairement une *densité considérable*, *telle parfois que l'organe crie sous l'instrument*

tranchant. Dans certains cas, la couleur est comme marbrée, offrant des taches blanchâtres mêlées à des points rouges, et alors la consistance est un peu moindre. A la coupe il n'en découle point de sang, tandis que les portions voisines sont très-gorgées de ce liquide. Quelquefois on a trouvé, dans la portion *endurcie*, du pus accumulé dans des kystes, ou bien disséminé dans les aréoles du tissu cellulaire, desquelles on pouvait le dégager à l'aide de lotions répétées. Les tubercules qu'on rencontre sont communément miliaires. On a remarqué que l'*induration* était, à leur voisinage, beaucoup plus résistante que partout ailleurs.» (Loc. cit.)

Assurément les caractères anatomiques dont on vient de lire la description ne conviennent qu'à la pneumonie chronique. Cependant les mots *endurcis*, *hépatisés*, employés indifféremment l'un pour l'autre, pourraient bien faire croire, si l'on n'y prenait garde, à l'existence d'une inflammation aiguë du poumon. Il est donc très-important ici, comme au reste dans toutes les sciences d'observation, de se servir d'un langage uniforme pour désigner des objets semblables. Autrement il serait impossible de s'entendre sur les choses même les plus simples, comme il est sans doute arrivé plus d'une fois pour la pneumonie. Les auteurs n'ont pas toujours distingué, d'une manière suffisante, l'état chronique d'avec l'état aigu.

La thèse de M. Bazierre, sur l'emploi du séton dans la pneumonie chronique, soutenue en 1815, va nous fournir une preuve de ce que j'avance. « Aux mois de janvier et de février 1813, il se présenta, dit-il, à l'hôpital Saint-Antoine, une grande quantité de catarrhes pulmonaires aigus qui, traités convenablement, paraissaient bien guéris; néanmoins les malades conservaient de la toux et de la difficulté à respirer. La plupart, impatients de reprendre leurs occupations accoutumées, sortirent de l'hôpital sans s'inquiéter de leur état. Au mois de mai suivant, les salles furent presques remplies de malades qui toussaient, avaient de la difficulté à respirer, et une infiltration presque générale.

» Je remarquai que c'étaient pour la plupart des individus que nous avions soignés de catarrhes pulmonaires pendant l'hiver. Ce genre de terminaison m'étonnait singulièrement. Je ne savais à quoi attribuer cette hydropisie, puisque je ne voyais pas de maladie organique du poumon ou du cœur.

» Quelques-uns moururent : je m'empressai d'interroger leurs restes, et je remarquai que chez tous il y avait *hépatisation* d'un ou plusieurs points des poumons. Chez d'autres un de ces organes était entièrement compact. Dès lors j'interrogeai avec plus de soin ceux qui se trouvaient dans les salles, et j'appris que le catarrhe n'avait point été totalement guéri lors de la sortie de l'hôpital, et que, par des imprudences commises, il avait éprouvé plusieurs exacerbations.

» Je trouvai chez tous de la toux, gêne de la respiration, son mat dans un ou plusieurs points de la poitrine, quelquefois de tout un côté. Ainsi, je restai dans l'intime conviction que ces hydropisies tenaient à une *hépatisation* du poumon qui avait été décidée par le catarrhe pulmonaire.»

Maintenant, je le demande, est-il possible d'affirmer, d'après ce qui précède, que l'auteur ait eu réellement affaire, dans ce cas, à des pneumonies chroniques caractérisées par une véritable *induration?* Sans doute, cela paraît très-vraisemblable, mais, encore une fois, rien ne prouve que l'*hépatisation* du tissu pulmonaire dont parle M. Bazierre, sans en indiquer la couleur ni la consistance, soit plutôt le résultat d'une inflammation chronique de cet organe entée sur un catarrhe aigu qu'une inflammation aiguë entée sur un catarrhe chronique. Il serait donc, en quelque sorte, permis de regarder le passage cité plus haut comme tout-à-fait étranger au sujet qui nous occupe, malgré le titre de l'ouvrage où il se trouve, si l'auteur n'avait pas eu le soin de dire, en commençant, qu'il est établi par des faits observés par tous les praticiens, et notamment par M. Broussais, qu'un catarrhe pulmonaire chronique, plusieurs fois exaspéré, conduit à une *induration* rouge du poumon, et qu'ainsi il peut amener une *péripneumonie chronique*. Néanmoins je pense qu'il s'agit bien ici de cette dernière affection qui présente même une analogie frappante avec celle que M. Broussais a décrite, sous le nom de catarrhe, et sur la nature de laquelle il ne peut guère y avoir de doute, comme nous le verrons par la suite.

En effet, née dans des circonstances à peu près semblables, chez des individus également jeunes et robustes pour la plupart, la maladie, qui n'était d'abord qu'un simple catarrhe pulmonaire, entretenue et exaspérée un plus ou moins grand nombre de fois par l'incurie et les imprudences des malades, s'est enfin transformée en une véritable pneumonie chronique, dont la mort a le plus souvent été le résultat. Si les caractères anatomiques n'en sont pas tracés avec plus de précison, c'est qu'alors, comme aujourd'hui, les mots *hépatisation*, *carnification*, *induration*, n'avaient pas de sens bien déterminé, et qu'ils étaient pris indifféremment l'un pour l'autre. Quoi qu'il en soit, tout porte à croire que M. Bazierre a bien réellement observé l'inflammation chronique du poumon, non seulement dans les circonstances ordinaires, mais encore à la suite des fièvres intermittentes long-temps prolongées, comme il en rapporte un exemple, ce qui s'accorde, dit-il, avec les observations de M. Broussais.

Quelques années après, en 1819, M. le docteur Choix a pris également pour sujet de thèse l'histoire de la pneumonie chronique. Toutes ses recherches sont venues confirmer les observations faites par ses prédécesseurs.

Comme eux, il admet très-positivement l'existence de l'inflammation lente du poumon, et dit l'avoir observée un grand nombre de fois. D'ailleurs, la description qu'il en donne ressemble tellement à celle des auteurs cités plus haut, que je ne crois pas devoir m'y arrêter plus long-temps, afin d'éviter des répétitions inutiles.

De part et d'autre c'est la même confusion dans les termes qui servent à distinguer les différents états pathologiques du poumon. Cependant M. Choix me paraît suffisamment clair et précis lorsqu'il dit, d'une manière générale : « A l'ouverture des cadavres des sujets morts de péripneumonie chronique, on trouve la substance des poumons teinte d'une légère couleur rosacée et d'une densité comparable à celle du foie. » Ces qualités, si différentes de ce qu'on est à peu près convenu généralement d'appeler *hépatisation aiguë pulmonaire*, me semblent au contraire convenir exclusivement à *l'induration chronique* du poumon. En outre, le même auteur indique un mode de terminaison qui ne se rencontre jamais dans l'inflammation aiguë de cet organe, et qui peut encore établir une différence entre cette dernière affection et la pneumonie chronique. « Il arrive quelquefois, dit-il, que, sans qu'il y ait de troubles bien notables dans l'ordre des fonctions, le malade, au moment où l'on s'y attend le moins, en parlant ou en faisant le plus léger mouvement pour boire ou pour manger, laisse exhaler le dernier souffle de vie qui lui restait. » Cette espèce de mort subite, que M. Broussais a eu pareillement occasion d'observer sur quelques-uns des militaires dont il nous a conservé l'histoire, est d'autant plus digne de remarque qu'elle emporte souvent aussi les vieillards de nos hospices, comme j'en ai moi-même recueilli plusieurs exemples à Bicêtre, pendant que j'y exerçais les fonctions d'interne. Ce fait est donc très-important ; mais les considérations auxquelles il se prête trouveront mieux leur place un peu plus bas.

D'après tout ce qui précède, on peut bien considérer les caractères de la pneumonie chronique comme suffisamment établis. Aussi n'est-on pas peu surpris d'entendre, dès l'année 1820, MM. Pinel et Bricheteau s'exprimer à ce sujet de la manière suivante : « Si tout a été dit sur la curation de la pneumonie aiguë, il n'en est point ainsi de la chronique : c'est un sujet presque nouveau à traiter et sur lequel nous sommes réduits à notre propre expérience. Si on en excepte, en effet, quelques vues exposées dans l'ouvrage de M. Broussais, qui ont plutôt trait au catarrhe pulmonaire qu'à la pneumonie, et quelques données éparses dans des dissertations inaugurales, il n'existe rien à ce sujet dans les auteurs.

» Nous avons sous les yeux un bon nombre de faits, dont plusieurs ont été recueillis avec soin par l'un de nous, qui prouvent, d'une manière incontestable, que plusieurs pneumonies chroniques très-graves ont disparu par le seul emploi du séton (1). » (*Dict. des sc. méd.*, art. *Pneumonie chronique.*)

Ce passage, écrit en 1820, nous montre par quelle étrange préoccupation les meilleurs esprits peuvent quelquefois se laisser entraîner. En effet, on conçoit à peine que MM. Pinel et Bricheteau, qui ne sont certainement pas sans avoir lu les ouvrages auxquels ils font allusion, regardent à peu près comme nuls et non avenus tous les faits de pneumonie chronique dont la science s'était enrichie à cette époque. Mais telle est la puissance des mots que, trompés sans doute par des descriptions anatomiques souvent équivoques et par le titre de *catarrhe pulmonaire donné* généralement à ses observations par M. Broussais, trompés, dis-je, par les apparences, ils se sont imaginé que celui-ci n'avait réellement observé que des catarrhes pulmonaires, et que les autres ne pouvaient pas avoir traité convenablement de la pneumonie chronique dans de simples dissertations inaugurales. On sait maintenant à quoi s'en tenir à ce sujet, et ce qu'il faut penser de cette manière de voir. Mais, après tous les travaux ci-dessus mentionnés, et surtout l'article de MM. Pinel et Bricheteau sur la pneumonie chronique, article publié dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, on ne comprend pas qu'il y ait eu des médecins, je ne dirai pas assez ignorants, mais assez inattentifs pour mettre encore en doute l'existence de cette maladie. Cependant, dans la deuxième édition de son *Traité de l'auscultation médiate*, qui n'a paru qu'en 1826, Laënnec commence son article sur la pneumonie chronique par cette question : « Connaît-on des péripneumonies chroniques? Cette question, dit-il, ne pourra paraître étrange qu'aux médecins qui ne se sont nullement occupés d'anatomie pathologique, ou qui ne s'en sont occupés que d'une manière très-légère. Cependant, si l'on cherche des faits propres à résoudre cette question, on n'en trouvera ni dans les observateurs anciens ni dans les auteurs modernes. Si quelques médecins en parlent en ce moment à Paris, ils entendent par là, avec les écoles les plus étrangères à l'anatomie pathologique, la phthisie pulmonaire considérée comme terminaison de la péripneumonie. Cette opinion est encore celle de M. Broussais. Je ne connais qu'un petit nombre de cas qui puissent être regardés comme des exemples de péripneumonies chroniques, et ils sont tous assez rares. » (Tom. 1er, 2e édit., art. *Pneumonie.*)

Ces quelques lignes renferment une double erreur qui mérite d'être signalée. D'abord, à l'époque où Laënnec tenait un pareil langage, non seulement la pneumonie chronique

(1) Quelques-unes de ces observations font partie de l'*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris* (1820, in-4°).

n'était pas inconnue, mais encore on en trouvait un grand nombre d'exemples dans les ouvrages indiqués plus haut. En second lieu, s'il est vrai que M. Broussais considère le développement des tubercules dans le poumon comme une véritable pneumonie chronique, il n'en admet pas moins au même titre, et d'après ses propres observations, l'induration rouge et grise de cet organe. Or, j'ai déjà dit quelle était mon opinion sur la valeur des faits recueillis par ce dernier observateur, et je chercherai par la suite à démontrer qu'ils ne peuvent être interprétés différemment. Après cela, comment donc Laënnec ose-t-il prétendre qu'on ne saurait trouver, dans les auteurs modernes, un seul cas de pneumonie chronique, et prêter à M. Broussais une opinion que réfutent victorieusement les faits consignés dans son histoire des phlegmasies? Mais qu'il me suffise ici d'avoir constaté l'étrange erreur dans laquelle est tombé Laënnec. Je laisse à d'autres le soin d'apprécier les motifs qui l'ont dirigé dans cette circonstance et toutes les fois qu'il s'est rencontré sur le même terrain que M. Broussais, son redoutable adversaire.

Au reste, cette erreur est encore consacrée par l'opinion de plusieurs autres médecins, d'ailleurs fort recommandables, mais qui n'ont pas non plus sans doute examiné suffisamment la question.

Ainsi, M. Chomel, après avoir dit, dans son article *pneumonie* du *Dictionnaire de médecine*, en vingt-un volumes, qu'il n'avait vu que deux fois, sur le cadavre, dans un espace de seize années, des lésions qui caractérisent pour lui la pneumonie chronique, ajoute : « Si quelques auteurs et beaucoup de médecins en parlent comme d'une maladie fréquente, c'est qu'ils ont pris pour des pneumonies chroniques, pendant la vie, des pleurésies chroniques, et après la mort, des affections tuberculeuses des poumons, et quelquefois même des inflammations aiguës de ces viscères. » Par exemple, cet honorable professeur soutient que le fait rapporté par Bayle dans ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (obs. 40), et que MM. Andral et Bouillaud regardent avec raison comme un cas *bien tranché* de pneumonie chronique, « pourrait bien n'être autre chose qu'une pneumonie aiguë survenue dans le cours d'une pleurésie chronique. » Cependant la maladie avait duré près de quatre mois; elle avait débuté d'une manière sourde, et on l'avait prise pour une phthisie. A l'ouverture du cadavre on trouva les poumons adhérents aux côtes par des fausses membranes de deux lignes d'épaisseur et d'une consistance très-ferme, et le poumon droit *rougeâtre et presque aussi dense que le tissu du foie*. Or, à moins d'être prévenu contre la pneumonie chronique, ou de faire abnégation de son jugement, une description semblable, quoique incomplète, ne saurait pourtant convenir au deuxième degré de l'inflammation aiguë du poumon. Dans ce dernier cas, en effet, le tissu pulmonaire offre toujours une couleur *rouge* plus ou moins foncée, quelquefois noirâtre, et surtout un ramollissement, une friabilité qui s'éloigne beaucoup de la consistance solide du foie. D'ailleurs cette pneumonie aiguë n'aurait été révélée par aucun des symptômes qui l'accompagnent ordinairement, puisqu'on avait cru que le malade était atteint de phthisie, et qu'on n'a trouvé, après la mort, que des traces anciennes de pleurésie, sans autre altération des poumons que celle que je viens de rappeler. Evidemment M. Chomel a eu tort ici de parler seulement d'après ses propres observations, qui ne portent que sur un certain ordre de faits, et qui sont pour cette raison tout-à-fait insuffisantes. Si du moins il se fût donné la peine de consulter les auteurs à ce sujet, il eût appris que la pneumonie chronique avait été bien souvent observée, et son langage aurait été tout à la fois moins exclusif et plus exact.

Lorsqu'on entreprend de faire en quelque sorte l'inventaire des opinions sur un point de la science, on se charge en même temps de discuter leur valeur et d'assigner à chacune la place qu'elle doit occuper. Mais s'il arrive qu'on ne partage pas la manière de voir d'un auteur, un des meilleurs moyens d'en établir une autre consiste souvent à montrer combien la sienne est mal fondée. Voilà pourquoi j'insiste sur certains détails qui, s'ils n'ont pas d'autre utilité, serviront du moins à venger la pneumonie chronique de l'oubli dans lequel elle est tombée. En effet, il est extraordinaire que les hommes qui se trouvent placés le plus convenablement pour observer cette maladie, et qui devraient le mieux connaître les travaux dont elle a été l'objet, soient assez étrangers aux progrès de la science, sous ce rapport, pour ignorer les uns et mettre en doute l'existence de l'autre ou la confondre avec des affections tout-à-fait différentes.

Ces réflexions, qui me semblent justes, peuvent également s'appliquer en grande partie à M. Bouillaud. Dans son article *pneumonie chronique* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, cet habile professeur commence par dire que, vu la grande fréquence de la pneumonie aiguë, on aura quelque peine à comprendre que MM. Laënnec, Andral et Chomel insistent sur l'extrême rareté de la pneumonie chronique. Cependant, « j'avoue, dit-il, que si l'on retranche du nombre des inflammations chroniques du poumon les cas de tuberculisation de cet organe, ces inflammations sont effectivement fort rares. » Mais alors, si telle est sa manière de voir, s'il est bien vrai qu'il considère la pneumonie chronique sans complication de tubercules comme une maladie très-rare, pourquoi donc trouve-t-il étonnant que les médecins dont il parle aient fait la même observation?

Au reste, il ajoute : « M. Broussais, comme

on peut le voir dans son bel ouvrage sur les *Phlegmasies chroniques*, ne professe pas tout-à-fait l'opinion des précédents auteurs sur la rareté de la pneumonie chronique, et l'on doit regretter que les faits contenus dans l'ouvrage indiqué n'aient pas été soumis à une discussion approfondie par les observateurs qui assurent n'en avoir presque jamais rencontré de semblables. » Le regret qu'exprime ici M. Bouillaud ne peut être interprété, ce me semble, que d'une manière, et signifie apparemment qu'il regarde lui-même les faits en question comme appartenant réellement à la pneumonie chronique.

Or, ces faits, qui sont en grand nombre, et que j'ai lus avec beaucoup d'attention, joints à ceux qu'on trouve dans les ouvrages cités de MM. Racine, Letenneur, Bazierre, Choix, Pinel et Bricheteau, donnent à l'assertion précédente de M. Bouillaud le plus éclatant démenti. Nul doute, en effet, que la pneumonie chronique simple ne soit beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Pour s'en convaincre, il ne suffit pas de s'en rapporter seulement à son observation, qui est presque toujours incomplète, il faut encore consulter les auteurs dont l'attention, éveillée sur ce point, a laissé moins de faits échapper, ou qui se sont trouvés dans des conditions favorables pour ce genre d'observations.

Quoi qu'il en soit, dans la deuxième édition de sa *Clinique médicale*, publiée en 1831, M. Andral partageait encore, comme nous venons de le voir, l'opinion de MM. Laënnec, Chomel et Bouillaud sur l'extrême rareté des pneumonies chroniques sans complication de tubercules ou de mélanoses. Mais, éclairé sans doute par une observation plus attentive, il n'a pas tardé de revenir sur ce qu'il avait dit à ce sujet ; car, dès l'année 1834, dans la troisième édition de sa *Clinique*, et plus récemment encore (1837), dans une des notes dont il a enrichi l'ouvrage de Laënnec, il tient un tout autre langage. La description qu'il a donnée de la pneumonie chronique me semble même tellement exacte, que je crois devoir la reproduire ici tout entière, afin quelle nous serve en quelque sorte de base et de point de comparaison pour les faits que nous aurons à examiner plus tard.

« La pneumonie chronique me paraît être une affection moins rare que ne le pensent plusieurs médecins. Plusieurs fois, en effet, j'ai constaté sur le cadavre une induration rougeâtre ou grisâtre du tissu du poumon, variable par son étendue et par son siége. Tantôt elle occupait seulement un certain nombre de lobules que séparaient d'autres lobules restés perméables à l'air ; tantôt elle avait envahi un lobe entier de l'un ou l'autre poumon. A raison de la dureté toute particulière que présentait le tissu pulmonaire, il n'était pas possible de confondre cette altération avec celle que produit la pneumonie aiguë. Loin d'être devenu plus friable, le tissu enflammé résistait, au contraire, d'une manière remarquable à la déchirure et à la pression. Pendant la vie, l'on avait observé les symptômes de la bronchite chronique, un dépérissement graduel, et de plus, on avait constaté, dans quelques-uns de ces cas, un son mat et l'existence de la respiration bronchique. » (*Traité de l'auscult.*, édit. de 1837, tom. 1er, pag. 586, note.) J'ajouterai que chez les phthisiques il n'est pas du tout rare de trouver autour des tubercules, surtout lorsqu'ils sont ramollis et transformés en cavernes, des traces non douteuses de pneumonie chronique.

Maintenant, la mélanose infiltrée avec induration du poumon doit-elle être considérée comme le produit de l'inflammation chronique de cet organe ? Cette importante question, qui se rattache au sujet qui nous occupe, me semble devoir être résolue affirmativement aujourd'hui. Telle est, du moins, l'opinion de MM. Andral (*Anat. path.*, tom. I, p. 453, et *Clinique médicale*, édit. 1834, t. IV, p. 223 et suiv.), Martin Solon (*Dictionn. de méd. et chir. prat.*, t. XII, art. *Mélanose*) et Alp. Cazenave (*Dict. de méd.*, 2e édit., t. XIX, art. *Mélanose*). Opinion que je partage entièrement, et que le premier de ces auteurs a étayée de nombreux raisonnements basés sur des faits irrécusables. Lui-même cite un cas remarquable de cette affection dans sa *Clinique médicale*, t. IV, p. 229, et dit en avoir observé plusieurs autres. L'ouvrage de Bayle sur la *phthisie* contient un certain nombre d'observations qui ne peuvent être considérées que comme des exemples de pneumonie chronique avec tubercules et mélanose ou avec mélanose seulement. « C'est principalement dans la maladie que nous avons observée plusieurs fois, dit M. Martin Solon (*loc. cit.*), et que nous continuons d'appeler pneumonie chronique, qu'on rencontre la mélanose infiltrée. » Enfin, on lit, dans la septième lettre, n. 11, de Morgani, *de sedibus et causis*, etc., l'histoire d'un individu qui présenta les symptômes d'un catarrhe chronique, et chez lequel on trouva les poumons noirs et durs.

J'ai dit au commencement que M. Broussais était un des premiers qui eût fixé son attention sur la pneumonie chronique, dont il avait en même temps signalé la fréquence. Les recherches auxquelles il s'est livré dans les hôpitaux militaires pendant la campagne de 1806 et 1807, et qu'il a consignées dans son bel ouvrage sur les *phlegmasies chroniques*, ne sauraient laisser aucun doute à cet égard ; du moins n'hésite-t-il pas à dire que, dans l'espace de deux années, les maladies chroniques, et en particulier la pneumonie de ce nom, lui ont fait perdre beaucoup plus de malades que les affections aiguës ; bien entendu qu'il ne sagit pas ici de la tuberculisation des poumons, que cet illustre observateur considère aussi comme le résultat d'une phlegmasie chronique. Sans vouloir discuter la valeur de cette opinion que professe également M. Bouillaud, je dirai seulement

que les faits contenus dans l'ouvrage indiqué plus haut, et que j'ai lus avec toute l'attention dont je suis capable, me semblent établir d'une manière positive : 1° que l'auteur a bien réellement observé l'inflammation simple et chronique du poumon, et 2° qu'il l'a observée un très-grand nombre de fois ; mais les faits qu'il a recueillis ayant été jusqu'à présent méconnus ou dénaturés, sans doute à cause de l'ambiguïté des termes dont il s'est servi pour caractériser les différents états du poumon, il importe, ce me semble, tant dans l'intérêt de la science que dans celui de la vérité, de rendre à ceux-ci leur valeur et leur signification naturelle; dans ce but, et aussi pour compléter l'analyse des travaux entrepris sur ce sujet, je crois devoir soumettre à une discussion approfondie, toutes les observations de pneumonie chronique rapportées par M. Broussais. L'examen auquel je me suis livré précédemment, en rendant ma tâche plus facile, fera mieux comprendre en même temps ce qui me reste à dire.

Mais avant d'aller plus loin, et pour éviter à l'avenir toute espèce d'ambiguïté sur les choses, il est important de bien déterminer la signification des mots qui servent à distinguer les différents états pathologiques du poumon frappé de phlegmasie ; aujourd'hui les mots *hépatisation*, *induration*, *carnification*, sont souvent encore employés indifféremment l'un pour l'autre ; il en résulte qu'on est parfois fort embarrassé de savoir quel sens on doit leur attacher. C'est pourquoi, sans avoir égard à une ressemblance, d'ailleurs plus ou moins éloignée, avec le foie, ni même à l'endurcissement très-réel du tissu pulmonaire dans les deuxième et troisième degrés de la pneumonie aiguë, il serait à désirer qu'on laissât d'abord de côté le mot *hépatisation* qui, pouvant s'appliquer à des choses tout-à-fait différentes, ne s'applique plus dès lors à aucune d'elles. Ensuite prenant en considération, d'une part, l'état de mollesse et de friabilité du poumon dans l'inflammation aiguë de cet organe, et, d'autre part, son endurcissement manifeste dans l'inflammation chronique, je proposerai, d'après M. le professeur Andral, d'appeler le premier de ces états *ramollissement rouge et gris*, et l'autre *induration rouge*, *grise*, et *noire*, quand elle est compliquée de mélanose, réservant le mot *carnification* pour exprimer cet état du tissu pulmonaire, exempt de phlegmasie, mais comprimé depuis un temps plus ou moins long. Si tous les auteurs avaient suivi la même marche, et adopté un langage uniforme et invariable, ils auraient évité bien des méprises, bien des discussions inutiles, et l'on saurait maintenant à quoi s'en tenir, je ne dis pas sur l'existence de la pneumonie chronique, qui me paraît hors de doute, mais sur la fréquence et la gravité de cette affection.

Quoi qu'il en soit, passons à l'examen des observations que M. Broussais a réunies dans le chapitre premier de son *Histoire des phlegmasies chroniques*, intitulé *du catarrhe et de la péripneumonie*. Parmi ces faits, qui sont en très-grand nombre, les uns se sont terminés par la guérison, et les autres par la mort ; bien que les premiers soient en tout semblables aux seconds sous le rapport des symptômes et de la marche de la maladie, nous n'en tiendrons pourtant aucun compte, par la seule raison qu'ils manquent de la preuve anatomique, et qu'on n'est pas obligé de nous croire sur parole. Quant aux cas de pneumonie chronique, dans lesquels l'ouverture du cadavre est venue confirmer le diagnostic, il en est plusieurs qui ne sont qu'indiqués, et que je rappellerai seulement en temps et lieu ; les autres, au contraire, réduits de la sorte au nombre de treize, mais rapportés avec détails, me semblent encore suffisants pour prouver que M. Broussais a réellement observé la pneumonie chronique. Le même chapitre renferme bien encore deux autres observations (quatorzième et quinzième), dans lesquelles les poumons n'étaient pas indurés; mais comme l'auteur lui-même ne les a citées que pour montrer l'influence du frisson de la fièvre intermittente d'une part, sur l'épuisement des malades, et de l'autre, sur l'engorgement des principaux viscères, et en particulier du poumon chez les sujets *anévrismatico-variqueux*, je ne m'y arrêterai pas davantage.

Il ne nous reste donc plus, en définitive, que treize observations à examiner ; sur ce nombre, quatre nous offrent en même temps des traces non équivoques de pneumonie ancienne et récente : en commençant par elles, nous serons plus à même de juger la valeur des expressions qu'emploie habituellement M. Broussais, et d'apprécier la différence qu'il établit entre les états correspondants du poumon.

Obs. I (9e de M. B.).—Il s'agit d'un militaire, âgé d'environ vingt-deux ans, qui fut atteint d'abord d'une *fièvre continue pétéchiale* accompagnée de toux. Evacué de l'hôpital pendant sa convalescence, le retour de la toux avec fièvre le força bientôt d'y rentrer une première, puis une seconde fois. Enfin, ces symptômes s'étant exaspérés de nouveau, la respiration devint de plus en plus gênée, et il mourut environ cinquante jours après la terminaison de la *fièvre continue*.

Autopsie.—Beaucoup de sérosité dans les ventricules latéraux. Le lobe gauche partout adhérent, *solidement endurci* dans les trois quarts de son épaisseur, *ramolli et comme réduit en bouillie* à la partie supérieure.

Cette description anatomique du poumon nous représente évidemment deux altérations bien distinctes de cet organe. L'une, qui ne convient qu'à son inflammation lente et chronique, me paraît caractérisée d'une manière suffisante par ces mots : *solidement endurci;* l'autre, qui ne peut être l'effet que de son inflammation aiguë, est assez clairement désignée par ces autres mots : *ramolli et comme réduit en bouillie*. Si l'on con-

sidère, d'ailleurs, que ces lésions sont en rapport avec les symptômes observés pendant la vie, et qu'il n'existait pas de tubercules dans la poitrine, on sera forcé d'être de l'avis de M. Broussais, lorsqu'il dit dans ses réflexions sur ce fait intéressant : « Ce catarrhe, après être resté pendant près de deux mois à l'état chronique, s'est subitement changé en péripneumonie très aiguë (1). »

Car l'épanchement séreux dans les ventricules latéraux du cerveau ne me paraît être dans ce cas, comme dans presque toutes les observations suivantes, qu'un phénomène tout-à-fait secondaire, et consécutif à la lésion grave des poumons. Cette manière de voir est d'autant plus admissible, qu'une anasarque qui s'était manifestée dans les derniers temps de la maladie avait disparu complètement avant la mort. L'interprétation du fait précédent, telle que M. Broussais l'a donnée, est donc en définitive très-rationnelle, et même la seule que l'on doive admettre.

Maintenant, d'après la signification bien déterminée que notre auteur attache aux mots : *solidement endurci, ramolli, et comme réduit en bouillie*, nous serons plus à même d'apprécier la valeur des expressions semblables ou analogues dont il pourra se servir par la suite, pour distinguer les deux états du poumon correspondant à l'inflammation aiguë ou chronique de cet organe. Ainsi, nul doute pour moi que les trois observations qui suivent ne ressemblent à la précédente, bien que les termes dans lesquels sont décrites les altérations du poumon soient un peu différents. De part et d'autre en effet, ce sont les mêmes symptômes du côté de la poitrine, les mêmes causes, la même marche et la même terminaison de la maladie ; seulement la durée de celle-ci fut beaucoup plus longue.

Obs. II (13e de M. B.). — Sujet âgé d'environ vingt-quatre ans, et mort vers la fin du troisième mois d'un catarrhe chronique, compliqué de pleurésie, de péritonite et d'inflammation de l'estomac.

Autopsie. — Côté gauche de la poitrine; la partie antérieure et supérieure du parenchyme *endurcie*, et, en quelques points, *réduite en bouillie;* presque tout le parenchyme droit *endurci à la consistance du foie.*

Obs. III (10e de M. B.). — Sujet âgé d'environ vingt-quatre ans, et mort quatre mois après le début d'un catarrhe compliqué de l'inflammation des trois grandes membranes séreuses.

Autopsie. Le lobe droit était *légèrement endurci* dans sa partie postérieure. Le lobe gauche se présenta dans l'état *d'induration rouge*, et, dans quelques points, *ramolli et cédant au doigt*, mais sans foyer purulent et sans tubercules.

Obs. IV (7e de M. B.). — Sujet âgé de vingt-quatre ans, mort à la suite d'un catarrhe qui durait depuis une année environ.

Autopsie. La partie postérieure du lobe droit était engorgée et désorganisée ; on pouvait juger qu'il y avait extravasation, et que les tissus étaient brisés, mais *l'induration était molle et pâteuse.* Toute la moitié postérieure du lobe gauche était *aussi solide que le foie.*

Certes, voilà trois observations qui présentent encore, bien évidemment réunies sur le même individu, des traces non douteuses d'inflammation aiguë et chronique du poumon. Ce que j'ai dit à l'occasion de la première me dispense de toute réflexion; les faits ici parlent assez d'eux-mêmes ; je vais donc passer de suite aux exemples de pneumonie chronique simple, dont l'analyse, je l'espère, confirmera de plus en plus ma manière de voir. En effet, nous y verrons M. Broussais se servir toujours à peu près des mêmes termes, pour caractériser des altérations semblables; or, cette heureuse uniformité dans les faits et dans les paroles ne contribuera pas peu, sans doute, à porter la conviction dans les esprits.

Obs. V (4e de M. B.)— Elle nous présente l'histoire d'un homme âgé de trente-six ans, qui mourut à la suite d'un *catarrhe*, seulement après trente-quatre jours de maladie, depuis le 1er brumaire jusqu'au 5 frimaire.

Autopsie. Flocons albumineux à la surface des plèvres; les deux parenchymes étaient volumineux, et *tellement endurcis dans leur moitié postérieure, qu'ils ne le cédaient point au foie en fermeté ;* on ne voyait ni tubercules ni foyer purulent dans la substance du poumon.

Obs. VI (1re de M. B.). — Elle est relative à un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, qui fut atteint, au commencement de décembre, d'un *catarrhe* terminé par la mort vers le cinquante-unième jour.

Autopsie. Induration des trois quarts postérieurs des deux lobes, telle qu'on la trouve après la péripneumonie, c'est-à-dire *de la consistance et de la couleur du foie* ; aucun foyer purulent, aucun tubercule.

Cette remarque de M. Broussais sur la consistance et la couleur de l'*induration* pulmonaire qui ressemblait, dit-il, au foie, est d'autant plus importante qu'au premier abord on pourrait se méprendre sur le caractère d'une *induration telle qu'on la trouve après la péripneumonie;* mais je ne sache pas que le poumon frappé de phlegmasie aiguë ait jamais présenté la *consistance* et la *couleur du foie;* bien au contraire, je l'ai toujours vu, dans ce cas, d'une couleur rouge plus ou moins foncée, quelquefois lie de vin, et si peu consistant, qu'il cédait facilement au doigt, et se réduisait en bouillie. Tels ne sont pas assurément, les caractères physiques de l'organe, auquel on a la mauvaise habitude, selon moi, de comparer le poumon dans

(1) Notons ici, une fois pour toutes, que M. Broussais donne généralement le nom de *catarrhe* à la phlegmasie chronique du poumon, parce qu'il regarde celle-ci comme succédant ordinairement au premier. « Toutes les fois que les traces de phlegmasie s'étendent au-delà de la muqueuse, il y a pneumonie. Mais elle est presque toujours un effet du catarrhe (t. I, pag. 171). »

les deux derniers degrés de la pneumonie aiguë. Il s'agit donc bien ici d'une véritable *induration chronique*, beaucoup plus ressemblante au foie, en effet, que ce qu'on appelle encore généralement *hépatisation*.

Obs. VII (11e de M. B.). — Sujet âgé de vingt-quatre ans, dont la mort est survenue à la suite d'un *catarrhe* qui durait depuis fort long-temps.

Autopsie. Les deux poumons étaient dans un état *d'hépatisation* presque complète.

Lorsque nous voyons l'induration chronique du tissu pulmonaire comparée partout à la consistance solide du foie, on ne saurait douter que, dans ce cas, le mot *hépatisation* ne soit pris dans le même sens. En effet, le catarrhe durait depuis long-temps, et avait déjà déterminé la bouffissure de la face et une couleur jaune paille de la peau, lorsqu'une dyssenterie aiguë vint mettre fin aux jours du malade. Une autre preuve, c'est que M. Broussais fut convaincu de la préexistence d'un catarrhe chronique, par l'inspection du poumon ; du reste, cette manière de voir est encore confirmée par l'observation suivante.

Obs. VIII (12e de M. B.). — Un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, fut atteint de catarrhe chronique à la suite de fièvre intermittente, et mourut quarante jours environ après l'invasion de la maladie de poitrine.

Autopsie. Le lobe droit était *endurci* et *de consistance hépatique* dans les trois quarts de son volume. Au centre de cette induration existait un tubercule plein, et l'on remarquait qu'autour de lui la *carnification* était plus solide ; le lobe gauche était encore perméable à l'air, mais très-engorgé.

Il importe de faire remarquer qu'ici le mot *carnification* est pris évidemment pour synonyme *d'induration*, *de consistance hépatique*, car nous allons voir tout-à-l'heure qu'il est employé seul et dans le même sens afin de caractériser une altération semblable du poumon.

Obs. IX (5e de M. B.). — *Catarrhe* chronique ayant duré plus de soixante jours.

Autopsie. Du côté droit, le parenchyme était *endurci* dans toute sa circonférence, mais seulement à un demi-pouce de profondeur ; le parenchyme gauche était *carnifié* dans presque toute son étendue.

Les altérations qualifiées par les adjectifs *endurci*, *carnifié*, me semblent être tout-à-fait de la même nature, mais seulement désignées par des noms différents ; ce qui me porte à le croire, ce sont les paroles suivantes de M. Broussais : « Ayant fait l'ouverture des corps d'un grand nombre d'individus morts de *catarrhe*, je me suis convaincu que tous ceux qui avaient toussé pendant un mois et demi ou deux mois, qui avaient eu plusieurs alternatives de fièvre et d'apyrexie, et qui périssaient brusquement après un léger œdème, avaient les poumons dans cet état d'induration que l'on appelle *carnification*, ou, par comparaison avec le foie, *hépatisation*. » (*Loc. cit.*, p. 94.) Il est donc certain, d'après ce qui précède, et comme je l'ai dit plus haut, que M. Broussais prend les mots *hépatisation*, *carnification* et *induration*, indifféremment l'un pour l'autre, et qu'il s'en sert également pour distinguer les altérations qui sont le résultat de la pneumonie chronique.

Obs. X (2e de M. B.). — *Pleuro-pneumonie chronique* chez un homme dans la force de l'âge, terminée par la mort au bout de trente-six jours.

Autopsie. Les deux lobes étaient dans l'*induration* presque dans toute leur étendue, à tel point qu'on avait lieu d'être surpris que le malade eût pu conserver si long-temps l'exercice de toutes ses fonctions.

Obs. XI (3e de M. B.). — *Catarrhe chronique, changé en péripneumonie chronique* qui ne dura pas moins de trois mois et demi, depuis la fin de décembre jusqu'au 12 avril, époque à laquelle le malade succomba.

Autopsie. Le désordre intérieur se bornait à une *induration* de toute l'étendue du lobe droit ; le gauche était en très-bon état.

Voilà deux observations dont le titre seul indique suffisamment la nature de l'affection observée par M. Broussais ; aussi le mot *induration* lui sert-il pour en exprimer les caractères anatomiques ; peut-être me demandera-t-on pourquoi les autres observations que j'ai dit être du même genre, ne sont pas désignées sous le même nom ? J'avoue que la raison de cette légère différence m'échappe complètement ; mais on ne saurait s'en prévaloir, je crois, pour soutenir que celles-ci ne sont pas des exemples de pneumonie chronique. Si l'on veut se rappeler les motifs pour lesquels M. Broussais préfère le mot *catarrhe* à celui de *péripneumonie*, et considérer en même temps que, malgré la diversité des titres, l'état du poumon est toujours décrit à peu près dans les mêmes termes, on sera bien obligé de conclure à l'identité des lésions de cet organe.

Obs. XII (6e de M. B.). — *Catarrhe chronique*. Vingt-quatre ans ; trois mois de durée, depuis le commencement de janvier jusqu'à la fin de mars. Mort.

Autopsie. Le lobe droit sain ; le lobe gauche totalement *endurci*.

Obs. XIII (8e de M. B.). — *Catarrhe chronique*. Vingt-deux ans ; mort après deux mois environ de maladie, depuis la fin de novembre jusqu'au 25 janvier.

Autopsie. Le lobe droit, fort engorgé, était encore obscurément crépitant ; le lobe gauche engorgé, mais encore perméable dans sa partie antérieure, *endurci* et visiblement désorganisé dans ses trois quarts postérieurs ; *mais cette induration n'avait pas la dureté hépatique*.

De toutes les observations qui précèdent, celle-ci est la seule où l'existence d'une véritable induration chronique soit peut-être contestable. Cependant, il faut savoir que le sujet était anévrismatique, et que cette fâ-

cheuse disposition, en produisant un engorgement passif de tous les viscères, a bien pu s'opposer en partie à l'induration *hépatique* du poumon. Les réflexions suivantes, que j'emprunte à M. Broussais, donnent à cette hypothèse une telle vraisemblance, qu'on peut, ce me semble, la regarder comme l'expression exacte de la vérité. « Je me contenterai, dit-il, de faire observer ici que l'état d'engorgement et de varice du système sanguin pulmonaire, doit être scrupuleusement distingué de l'induration, qui ne peut jamais résulter que d'une inflammation. Or, on voit l'une et l'autre disposition dans le cadavre de Payo (sujet de l'observation précédente). Le lobe droit est engorgé comme le foie et la rate, tandis que le lobe gauche conserve les traces d'une inflammation des capillaires sanguins pulmonaires, terminée par *induration.* »

Au reste, cette forme de la pneumonie n'est-elle donc pas, comme la forme aiguë, susceptible de passer par différents degrés; et ne peut-on pas admettre que, suivant telle ou telle circonstance, l'induration pulmonaire sera plus ou moins ferme, et semblable au foie? C'est, je crois, ce qui est arrivé dans le cas qui nous occupe; et l'on peut juger par là de l'exactitude que M. Broussais a mise dans toutes ses descriptions.

De la discussion à laquelle je viens de soumettre les faits contenus dans le premier chapitre de l'histoire des phlegmasies chroniques, il résulte, ce me semble, que si quelquefois l'auteur s'est servi d'un langage équivoque, il ne s'est pas trompé du moins sur la nature de la maladie. En admettant donc qu'il ait bien réellement observé la pneumonie chronique, il s'agit de savoir maintenant s'il pense qu'elle est aussi rare que le disent les médecins dont j'ai parlé précédemment. Eh bien, pour arriver à connaître son opinion à cet égard, il suffit de jetter un coup d'œil sur les réflexions qui suivent la plupart des observations qu'il rapporte. Déjà le nombre de ces dernières me paraît assez considérable pour faire voir qu'il a rencontré fréquemment la pneumonie chronique; cependant elles ne sont encore qu'une bien faible partie de celles qu'il dit avoir observées pendant la vie des malades comme après leur mort. Ainsi, tantôt il parle d'une *foule de catarrhes* qui se renouvelaient sous l'influence du froid et des fatigues auxquelles étaient exposés les soldats de la grande armée, et qui finissaient par aboutir à une *induration funeste* (*loc. cit.*, pag. 92); tantôt il dit avoir vu, dans les hôpitaux mêmes, *un grand nombre* de ces malheureux succomber à la même maladie, faute de pouvoir se préserver du froid (pag. 93). Dans un autre endroit, on remarque qu'il était *fort ordinaire* de voir un catarrhe survenir avec la fièvre continue, ou pendant sa durée, persister après la guérison de cette fièvre, et se terminer lentement par une *induration mortelle.* « Tous les malades, dit-il, dont la toux n'a pas cédé en même temps que la fièvre, ou peu de jours après, ont succombé; et *l'autopsie* m'a convaincu qu'ils devaient leur mort à une *induration chronique*; *j'en excepte les vrais phthisiques, dont j'offrirai le tableau dans un autre lieu.*» (*Loc. cit.*, pag. 107.)

Ici se trouve établie d'une manière très-positive la distinction entre la pneumonie chronique et la tuberculisation des poumons; il faut vraiment n'avoir jamais lu ce passage, pour soutenir que M. Broussais a toujours confondu ces deux maladies ensemble; c'est souvent ainsi qu'on porte des jugements qui sont entachés d'erreur, faute d'un examen suffisant des faits.

Enfin, vers la fin de l'automne de l'année 1806, M. Broussais eut encore l'occasion de voir *un grand nombre* d'individus qui succombèrent à une *induration chronique,* survenue à la suite d'une fièvre intermittente (pag. 125). Certes, en voilà bien assez pour démontrer combien la pneumonie chronique est fréquente, du moins dans certaines circonstances; nouvelle preuve de la légèreté de quelques auteurs, qui n'ont pas craint d'accuser M. Broussais d'avoir en quelque sorte *inventé* cette maladie terrible, et cela parce qu'ils ne se sont pas trouvés à même de l'observer.

De mon côté, pendant l'année 1835, époque à laquelle je remplissais les fonctions d'interne à Bicêtre, j'ai fait l'autopsie de trois vieillards qui furent frappés de mort subite, et dont la principale lésion organique était une induration plus ou moins étendue des poumons. Je ne rapporterai pas ici ces faits intéressants, par la raison que je les ai déjà publiés dans un autre *mémoire sur les différentes causes qui peuvent amener subitement la mort* (*Archives génér. de méd.*, numéros d'avril et mai 1838); je pourrai cependant un peu plus tard en tirer quelques conséquences relatives au sujet qui nous occupe.

Jusqu'à présent je me suis borné à rechercher les caractères anatomiques de l'inflammation lente du poumon, et nous avons vu qu'à quelques exceptions près, dont la discussion à même fait promptement justice, tous les auteurs ont considéré cette maladie comme étant entretenue par une induration du tissu pulmonaire. Nous avons vu de plus que cette induration, toujours la même de sa nature, présentait néanmoins une foule de variétés sous le triple rapport de l'étendue, de la couleur et de la consistance. Quittant enfin le domaine de l'anatomie pathologique, je devrais maintenant entrer dans celui de la pathologie proprement dite, afin de compléter l'histoire de cette affection.

Mais n'ayant pas eu moi-même occasion de l'observer pendant la vie, je ne pourrais que rassembler les documents qui sont épars dans les ouvrages mentionnés ci-dessus. Cependant, comme un pareil travail n'a pas encore été fait, et que le sujet ne manque

ni d'intérêt ni d'utilité, je ne terminerai pas mes recherches sans esquisser les principaux traits de cette histoire.

Causes. — La pneumonie chronique n'atteint pas également tous les hommes ; les individus d'une constitution délicate, ou bien affaiblis par l'âge, les maladies ou des fatigues excessives, y sont particulièrement disposés. Parmi les causes occasionnelles, une des plus communes, sans contredit, est l'impression du froid long-temps prolongée, ou reçue dans un moment ou le corps est médiocrement échauffé et recouvert d'une sueur moite. Quelle que soit sa manière d'agir, le résultat est toujours à peu près le même ; dans l'un et l'autre cas, c'est d'abord une simple irritation pulmonaire, qui peut aller jusqu'à l'inflammation la plus violente ; néanmoins celle-ci, plus ou moins intense à son début, a généralement besoin d'être entretenue et renouvelée par le retour des mêmes causes, pour passer à l'état chronique et se terminer par induration ; aussi l'observe-t-on principalement sous cette forme chez les militaires en campagne (Broussais), et chez les pauvres ouvriers que la nécessité force souvent de quitter l'hôpital avant leur guérison parfaite (Bazierre). Le frisson des fièvres intermittentes peut également produire le même effet.

Pareille chose arrive encore chez les vieillards indigents qui peuplent nos hospices. Quoique ces malheureux ne se trouvent pas absolument dans les mêmes circonstances que les premiers, il n'en sont pas moins exposés à tous les inconvénients des alternatives de chaud et de froid.

En effet, chacun peut voir, comme moi, que, malgré leur grand âge, qui les met dans des conditions toutes particulières et très-favorables aux irritations de poitrine, leurs vêtements sont trop légers et leur nourriture insuffisante ; le jour, ils ne peuvent sortir de leur chauffoir sans être saisis par le froid qui concentre, en quelque sorte, vers le poumon le peu de vie qui leur reste à l'extérieur. Pendant la nuit, c'est bien pis encore ; couchés dans de vastes salles où l'air pénètre quelquefois de partout, et manquant des objets nécessaires pour se préserver du froid, ils grelottent dans leur lit, et se relèvent souvent le lendemain matin sans avoir pu se réchauffer. De là, comme on le conçoit aisément, ces catarrhes perpétuels, qu'on dit, sans beaucoup de réflexion, être le triste apanage de la vieillesse, et qui minent sourdement leur misérable existence, à laquelle une inflammation aiguë ou chronique du poumon vient mettre ordinairement le dernier terme.

Symptômes. — La pneumonie chronique offre deux modes bien distincts de développement ; en effet, tantôt elle succède à la pneumonie aiguë, et tantôt elle se développe primitivement, et pour ainsi dire d'emblée. Au premier abord, on pourrait, si l'on n'y prenait garde, confondre cette affection avec le catarrhe pulmonaire ; mais il sera presque toujours possible de la distinguer à l'aide des symptômes suivants : elle s'annonce ordinairement par de la toux, de la fièvre, de la dyspnée, de la matité au niveau de l'endroit endurci, de la respiration bronchique, et de la bronchophonie ; en outre à une époque plus ou moins éloignée du début, on observe un dépérissement graduel, une couleur jaunâtre de la face, et un œdème qui commence par cette partie du corps, envahit les pieds, et devient même quelquefois général. Revenons un instant sur chacun de ces signes.

Le plus souvent la toux est sèche, cependant elle est parfois accompagnée d'une expectoration muqueuse plus ou moins abondante. Les crachats peuvent être alors ceux de la bronchite, lorsque cette maladie vient s'ajouter à la première, ou sanguinolents, comme dans la pneumonie aiguë, pendant une exaspération momentanée de la phlegmasie, ou noirâtres, et même tout-à-fait noirs, lorsque, en même temps, il y a mélanose du poumon. La fièvre, ainsi que la toux, est en général très-modérée. Il arrive même assez fréquemment qu'elles disparaissent tout-à-fait pendant le jour. Mais lorsqu'on a l'occasion d'observer les malades le soir, et surtout pendant la nuit, comme l'a fait M. Broussais, on ne tarde pas à s'apercevoir que ceux que l'on croyait guéris, ou du moins en pleine convalescence, ont de la toux, les pommettes colorées et un léger mouvement fébrile.

Parfois aussi leur respiration éprouve une certaine gêne qui devient plus sensible lorsqu'ils se livrent à quelque exercice un peu fatigant, ou qu'ils montent un escalier. Si l'on percute la poitrine, on trouve un son mat, principalement en arrière, où la pneumonie chronique a son siége ordinaire. Ce son ne change jamais de place dans les différents mouvements du malade ; il est d'ailleurs en rapport avec l'étendue de l'induration. On le cherche souvent en vain lorsque l'inflammation est bornée à quelques lobules isolés ou situés vers le centre du poumon, ou bien encore aux premières couches du tissu qui circonscrit les cavernes chez les phthisiques. L'auscultation présentera des caractères variables suivant que la pneumonie chronique sera simple ou compliquée de catarrhe. Dans le dernier cas, l'oreille peut percevoir toutes les variétés de râles qui tiennent à la présence dans les bronches d'un mucus plus ou moins épais. Dans le premier, il y a bronchophonie et respiration bronchique ; « celle-ci, cependant, ne m'a jamais paru, dit M. Andral, en cas semblable, aussi prononcée que dans la pneumonie aiguë. » (*Traité de l'ausc.*, quatrième édit., t. I, pag. 587, note.)

Il est rare que l'amaigrissement et la teinte jaunâtre de la peau tardent beaucoup à se manifester. Ces symptômes n'ont d'ailleurs rien de spécial dans la maladie qui m'occupe. Ce n'est qu'en dernier lieu que survient

l'œdème qui, comme je l'ai dit, envahit d'abord les paupières, puis la face, les pieds et quelquefois tout le tissu cellulaire sous-cutané. Mais habituellement il disparaît vingt-quatre ou trente-six heures avant la mort.

Marche, durée et terminaison.—Tels sont les symptômes ordinaires de la pneumonie chronique. L'ordre dans lequel je les ai présentés peut donner une idée assez exacte de la marche de cette affection. Cependant je dois ajouter, d'après M. Broussais, que lorsqu'elle est bien traitée, les symptômes vont en diminuant, et la guérison peut s'opérer sans effort critique et d'une manière insensible. Au contraire, si les causes continuent d'agir, et si le malade s'abandonne à son appétit, ce calme est interrompu par une exaspération fébrile avec retour des symptômes du début. Ils cèdent encore au traitement anti-phlogistique, mais le malade reste plus faible qu'auparavant. Les mêmes erreurs peuvent reproduire plusieurs fois les mêmes accidents dans le courant de deux à quatre mois. Ce dernier terme est le plus long que M. Broussais ait eu l'occasion d'observer.

Enfin, l'œdème paraît : il annonce ordinairement la mort, qui arrive tout à coup quand le malade a long-temps souffert, tandis qu'elle est précédée d'une longue agonie, s'il succombe avant d'être épuisé.

Je ne sais pas jusqu'à quel point ceci s'accorde avec ce qui se passe chez les individus avancés en âge, car on ne trouve aucun fait de ce genre dans les auteurs. Je ferai seulement remarquer que les trois vieillards dont j'ai fait l'autopsie sont morts subitement, et sans avoir offert aucun symptôme de maladie, si ce n'est peut-être un peu de toux, du moins au rapport de leurs camarades.

Complication et traitement.—La pneumonie chronique existe rarement seule. Ses complications les plus fréquentes sont le catarrhe et la pleurésie chroniques. Dans tous les cas, ces phlegmasies ne font qu'accroître la gravité de la principale affection.

Quant au traitement, il ne diffère pas de celui des inflammations chroniques en général. Il est exposé, du reste, avec détail et d'une manière judicieuse dans les ouvrages déjà cités de MM. Letenneur, Bazierre et Broussais. Je me contenterai de dire ici que ces auteurs paraissent avoir retiré de grands avantages des exutoires, et en particulier des cautères et du séton appliqués sur la poitrine. Bien entendu qu'il serait infiniment préférable de chercher à prévenir la pneumonie chronique par tous les moyens qui sont à notre disposition et qui, d'après les causes ordinaires et bien connues de cette grave maladie, pourraient être employés, ce me semble, dans plusieurs circonstances avec un plein succès.

LEBERT, D.-M.-P.

Médecin à Nogent-le-Rotrou.

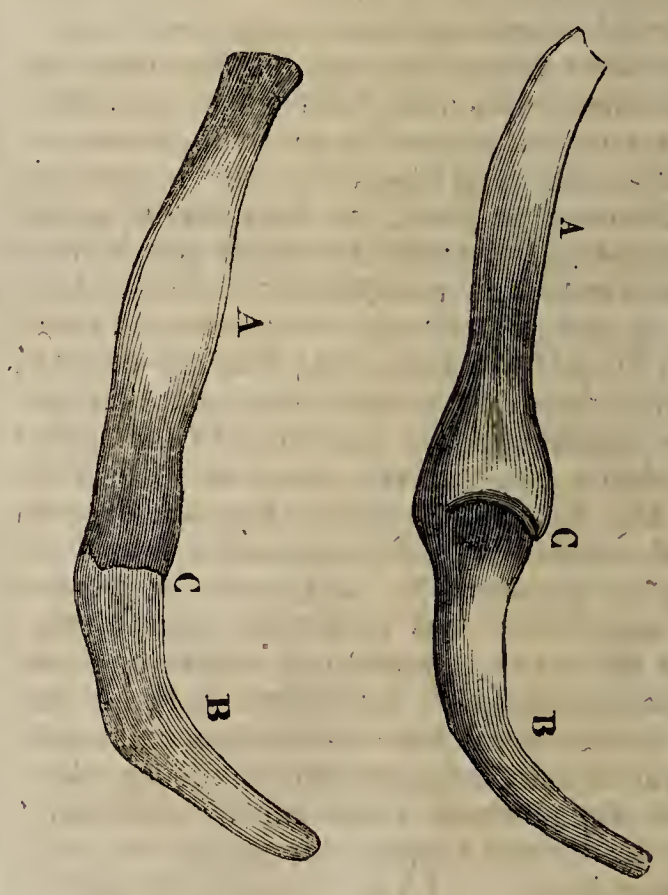
II. Recherches sur la conformation de la poitrine chez les enfants et sur la déformation de cette cavité (1).

Il serait certainement intéressant de chercher si ce tissu nacré est une dépendance du cartilage ou de la côte, si c'est une côte qui passe à l'état de cartilage, ou bien ce dernier qui s'ossifie ; mais, avant de chercher à résoudre cette question, nous allons donner la description de quelques cas particuliers avec la figure en regard. Nous aurons ainsi le double avantage de faire connaître quelques détails de disposition qui ne sauraient entrer dans une description générale, et ensuite de poser quelques prémisses qui nous aideront à résoudre la dernière question que nous nous sommes adressée.

Pour que nos lecteurs se fassent une idée plus exacte de la lésion que nous voulons décrire, et pour qu'ils puissent établir une comparaison entre l'état sain et l'état morbide, nous présentons en regard deux articulations chondro-costales, vues par leur face externe, l'une à l'état sain (*fig.* 1), l'autre rachitique (*fig.* 2) appartenant à deux petites filles âgées de deux ans, et mortes toutes deux à la suite d'une pneumonie et d'une entérocolite chronique.

A. Portion de côte.
B. Portion de cartilage.
C. Articulation chondro-costale.

FIGURES 1 ET 2.

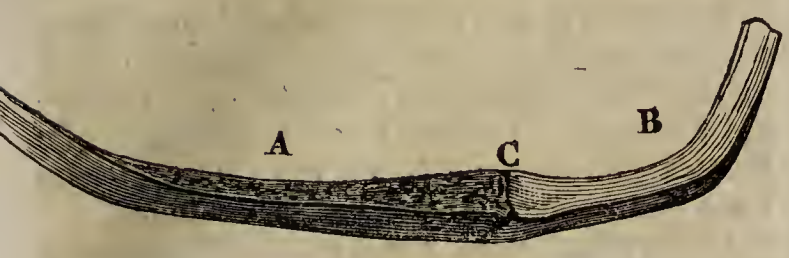


On jugera de même la différence que présente la coupe de ces articulations, en com-

(1) V. le dernier numéro.

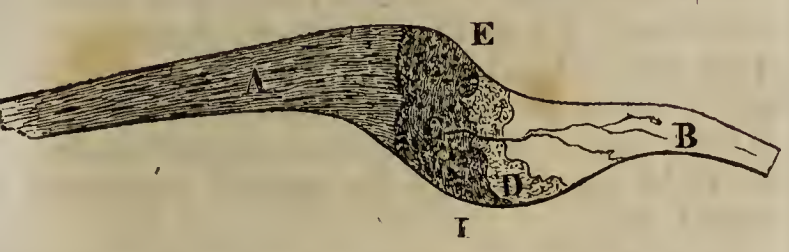
parant la *fig.* 3 avec toutes les suivantes.

FIGURE 3.



Coupe d'une articulation chondro-costale normale, chez un enfant de deux ans.
A. Portion de côte.
B. Portion de cartilage.
C. Articulation.

FIGURE 4.



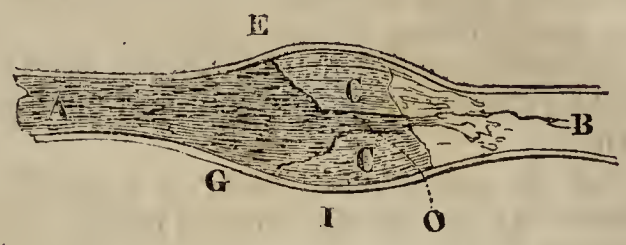
Enfer (Alphonse), âgé de deux ans et demi, mort le 22 décembre 1837, à la suite d'une variole.

E. Face externe.
I. Face interne.
A. Côte gonflée à son extrémité chondrale, molle, se laissant enfoncer par l'ongle, comme la substance organique après la macération des os dans l'acide nitrique. Le tissu spongieux y devient de plus en plus fin.
C. Portion de la côte A, parfaitement distincte, limitée par une ligne bien tranchée un peu rouge ; par sa mollesse plus grande, par la finesse de son tissu spongieux, la spongiole qu'elle forme est d'autant plus molle qu'elle se rapproche plus de D.
D. Tissu nacré, gris bleuâtre demi-transparent, ayant un peu l'aspect du cartilage, plus cassant, plus transparent ; très mince dans ce cas, il a à peine de un à trois millimètres de large. Il présente quelques points grecs, et un vaisseau qui le traverse pour aller de C en
B. Cartilage gonflé à son extrémité externe, où il se ramifie.

Quand on casse la côte sur le mamelon, la séparation se fait en D, dont une partie reste adhérente au cartilage, une autre partie beaucoup plus considérable à la côte. Toute la partie qui était en contact avec B est pointillée de rouge aussi bien que l'extrémité costale du cartilage ; il en est de même pour les points de D qui restent adhérents à C.

La saillie externe est formée par la côte, la saillie interne par la côte, le cartilage et le tissu nacré ; il faut remarquer que la partie de côte malade et le tissu nacré sont obliques de dehors en dedans, et d'arrière en avant, en sorte que, par une altération plus considérable, la côte tendrait à se porter en dedans du cartilage.

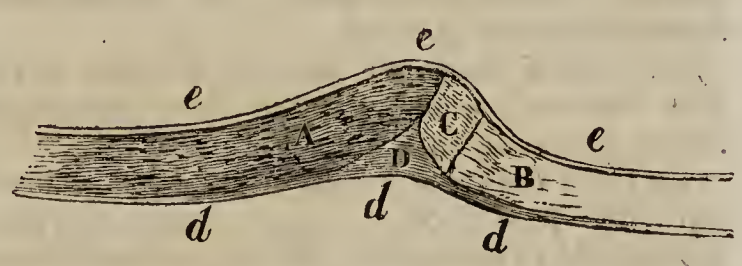
FIGURE 5.



Ruffin (Auguste), âgé de deux ans, mort en janvier 1838 à la suite d'une entéro-colite et d'une pneumonie.

E. Surface externe.
I. Surface interne.
A. Côte gonflée à son extrémité, très molle, gorgée de liquide sanglant, envoyant un prolongement O dans la substance intermédiaire C.
B. Cartilage un peu gonflé à son extrémité costale.
C. Substance nacrée, grise, demi-transparente, présentant des stries d'un gris mat, parallèles à la côte. Elles sont fibreuses et forment comme des cloisons longitudinales, qui peuvent être débarrassées de la substance qu'elles renferment. Ces fibres sont adhérentes à la côte qui se casse en G plutôt que de se séparer de C.

FIGURE 6.



Lacroix (Félix), âgé de trois ans, mort le 3 décembre 1837 à la suite d'une pneumonie lobulaire et d'une colite aiguë.

eee. Périoste interne.
ddd. Périoste externe.
A Extrémité de la côte, non épaissie, molle, flexible, présentant une courbe à concavité interne, formée de fibres d'un gris blanc, infiltrées d'un liquide séro-sanguinolent : elle n'offre presque pas de tissu spongieux, et pas de spongiole proprement dite ; elle semble être à demi ramollie dans l'acide nitrique.
B. Cartilage très peu épaissi à son extrémité costale, avec quelques stries vasculaires ; il décrit une courbe à concavité interne, et tend à tomber perpendiculaire sur la face externe de la côte, dont il est séparé par C, substance intermédiaire.
C. Tissu nacré, mou, flexible, cassant, d'un gris bleuâtre, demi-transparent, parsemé de fibres grises opaques, perpendiculaires à la côte, irrégulières, ayant, les unes toute la longueur de la côte, les autres une partie seulement. On y voit en outre des points ou des lignes rouges très-rares,

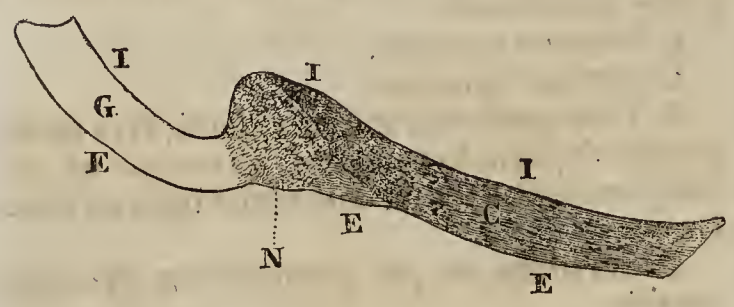
vaisseaux qui s'avancent jusqu'au cartilage, et s'abouchent avec les siens ; aucun ne va jusqu'à la côte.

Cette substance se détache facilement de la côte, du cartilage et du périoste environnant ; les deux premiers ont alors une surface mamelonnée irrégulière.

D. Substance fibreuse continuée avec le périoste externe, dont elle semble l'épaississement.

Pas de saillie extérieure. La saillie intérieure est formée également par la côte et le tissu nacré.

FIGURE 7.



Alexandrine N***, âgée de vingt mois, morte le 16 août 1839, à la suite d'une pneumonie.

E. Face externe.
I. Face interne.

La côte C, molle et gorgée de sang, va en s'élargissant jusqu'à son extrémité chondrale ; par son côté externe, elle se change peu à peu en une éponge fine qui est en contact avec le tissu nacré N et se confond insensiblement avec lui.

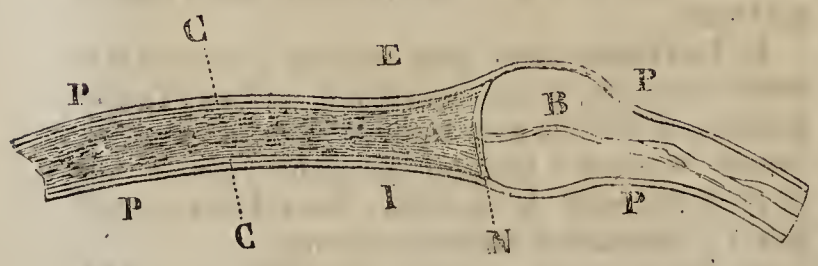
La côte a conservé plus de fermeté à sa face interne, en sorte que son extrémité forme une saillie anguleuse.

Le tissu nacré N a une teinte rosée, d'autant plus prononcée qu'il se rapproche davantage de la spongiole. Du côté du cartilage G, il a tout à fait l'aspect nacré, et présente quelques petits vaisseaux; on n'y voit aucune fibre grise.

G. Cartilage qui a son aspect normal, s'élargit un peu à son extrémité costale, et offre quelques vaisseaux qui s'abouchent avec ceux de N.

La saillie extérieure est formée par le coude du cartilage; le mamelon intérieur par la côte et le tissu nacré.

FIGURE 8.



Lacquit (Auguste), âgé de cinq ans, mort le 4 janvier 1838 à la suite d'une pneumonie et d'une colite ulcéreuse.

E. Face externe.
I. Face interne.

L'articulation chondro-costale fait saillie seulement en dehors, et fort peu en dedans ; les côtes et le cartilage sont sur la même ligne.

A. Côte qui se renfle à peine à son union avec le cartilage. Son tissu compact, bien distinct du spongieux, forme une couche qui diminue à l'endroit où la côte se renfle jusqu'à l'union avec B, où elle disparaît. Le tissu spongieux rouge n'est pas ramolli.

B. Cartilage épais à son extrémité, formant la plus grande partie du gonflement ; quelques-uns des cartilages de la poitrine qui a servi à faire cette figure, présentaient à leur centre une ligne grise demi-transparente, d'aspect bleuâtre, formée par du tissu nacré ; cette ligne aboutit à une autre rouge et se ramifiant ensuite comme un vaisseau sanguin.

N. Petite ligne d'un gris jaune d'un demi millimètre d'épaisseur, sinueuse dans quelques-unes des côtes de ce sujet, plus molle que le cartilage, ne lui adhérant pas plus qu'à la côte; parfois elle n'existe pas distinctement, et là le cartilage est en contact immédiat avec l'os.

Ce n'est pas sans intention que nous avons placé cette figure à la suite de toutes autres; elle nous semble indiquer la manière dont se fait la guérison, ou, au moins, le retour à une conformation meilleure. Ce ne pouvait pas être une lésion commençante, puisque elle existait chez un sujet âgé de cinq ans, portant d'ailleurs des traces de rachitisme ancien. La côte n'était ni ramollie ni spongieuse; les membres étaient fortement contournés, et ne conservaient plus cette mollesse et cette flexibilité caractéristique des premiers degrés du rachitisme, si bien décrit par M. Guérin. D'ailleurs, l'observation que nous possédons nous apprend que cet enfant était rachitique depuis plusieurs années.

En sorte que la petite portion de tissu nacré renfermée dans le centre du cartilage de quelques-unes des côtes de cet enfant, nous a paru être le reste d'une masse plus considérable, qui s'est peu à peu convertie en cartilage véritable. Or, si nous remarquons que, dans toutes les autres figures, c'est la côte et le tissu nacré qui forment le mamelon, tandis qu'ici c'est le cartilage seul qui le constitue, il nous est impossible de ne pas admettre que le tissu cartilagineux s'est étendu aux dépens de la côte.

Considérons en outre la gradation que présentent les figures précédentes.

Dans la *fig.* 4 le mamelon est formé par la cote presque seule, très-épaisse, molle; à peine voit-on un peu de tissu nacré avec fibres grises.

Dans la *fig.* 5 le mamelon est formé par la cote et le tissu nacré. Celui-ci est constitué par des fibres aréolaires costales, molles et remplies de tissu nacré déposé par points isolés.

Dans la *fig.* 6 le tissu nacré s'est isolé et forme une portion bien tranchée du mamelon. Il contient encore des fibres osseuses molles.

Dans la *fig.* le mamelon est formé par le tissu nacré seul, ne contenant plus de fibres osseuses ramollies, et se rapprochant du cartilage ; enfin dans la figure 8, le mamelon est formé par du cartilage, à peine mêlé d'un peu de tissu nacré.

Aussi regardons-nous comme très-probable, la manière suivante de comprendre la marche de cette maladie.

La côte, primitivement saine, se gonfle à son union avec le cartilage, s'imprègne de sang plus abondamment que dans l'état normal, passe à l'état de spongiole et perd la plus grande partie ou la totalité de ses sels calcaires ; puis il s'y dépose ce tissu nacré qui occupe d'abord les aréoles : ces aréoles, réduites à du tissu fibreux, disparaissent peu à peu laissant ces lignes grises que nous avons notées; puis, ces lignes disparaissant insensiblement, le tissu nacré reste seul, et finit par se convertir en cartilage, avec lequel il a une si grande analogie. Le tissu nacré est plus tranché du côté du cartilage, parce que c'est de ce côté que la maladie a commencé et que la cartilaginification y est plus complète.

On voit donc que, dans ces cas, la maladie n'est pas autre chose qu'une rétrogradation à l'état primordial. La côte, primitivement cartilagineuse pendant la vie fœtale, déjà osseuse à la naissance, a repassé par les phases qu'elle a parcourues, et est redevenue cartilagineuse ; et comme, pour se faire, il lui a fallu s'amollir dans un moment où les mouvements respiratoires étaient indispensables, il en est résulté ces déformations de la poitrine que nous avons décrites.

Il ne faudrait pas croire, au reste, que la maladie a suivi une marche inverse à celle que nous venons d'exposer, et que le cartilage a passé à l'état osseux.

Jamais en effet il n'a été trouvé malade, aucun point osseux n'y a été constaté comme dans les cartilages qui s'ossifient ; sa ligne de démarcation avec le tissu nacré a toujours été tranchée, nette ; il n'y a jamais eu de passage observé de l'un à l'autre, si ce n'est dans la *fig.* 9.

La côte a toujours été trouvée malade, et l'on a parfaitement constaté le passage du tissu osseux au tissu nacré.

§ II. *Lésion des organes thoraciques.*—D'après ce que nous avons dit de la forme intérieure de la poitrine, il est facile de concevoir que les organes thoraciques ont dû subir des modifications considérables dans leur forme extérieure et dans leurs rapports : on peut même prévoir ces modifications, car les organes, devant remplir exactement la cage qui les renferme, se moulent sur toutes ses saillies, sur toutes ses anfractuosités.

Aussi voit-on les poumons s'enfoncer en arrière dans l'intervalle des côtes ; ou plutôt la saillie de celles-ci s'imprimer sur le bord postérieur de l'organe ; en sorte que, lorsqu'il est enlevé de la place qu'il occupe, il offre des sillons mousses transversaux, peu profonds, qui simulent l'encastration des poumons des oiseaux.

Mais les déformations les plus remarquables ont lieu là où la cage thoracique est le plus déformée, c'est-à-dire sur les parties latérales.

Les saillies que nous avons décrites, s'avançant contre la colonne vertébrale, dépriment le poumon et laissent sur sa surface une marque plus ou moins profonde et durable.

Lorsque la déformation est considérable, et que les saillies costales s'approchent de la colonne vertébrale, le poumon se trouve comme divisé en deux parties par une rainure verticale ou légèrement oblique en bas et en dehors.

La partie du poumon qui est en arrière de la rainure, formant la plus grande partie de l'organe, est à l'état normal, ou présente des altérations secondaires, le plus souvent indépendantes de sa déformation rachitique.

La partie antérieure est généralement épaisse, de couleur claire, et contient peu de sang. Les vésicules pulmonaires sont dilatées, on les voit distinctement à l'œil nu ; elles acquièrent rarement plus du volume d'une petite tête d'épingle.

Cet emphysème se prolonge assez souvent jusque dans le sommet du poumon, qui n'est cependant pas comprimé ; nous l'avons aussi quelquefois constaté en arrière des dépressions.

Du coté droit, le bord antérieur du poumon conserve sa forme normale ; à gauche, au contraire, le cœur, qui ne cède pas à la compression, détermine une exagération de la forme naturelle de ce bord. Au-dessus du cœur il s'avance jusque près de la ligne moyenne. A son niveau il se contourne en arrière pour suivre ensuite sa partie inférieure. Il en résulte, sur le bord du lobe supérieur, une vaste échancrure qui se termine en bas et en avant par une sorte de languette. Celle-ci, beaucoup plus volumineuse que l'isthme de substance pulmonaire qui l'unit au reste du lobe, est presque toujours emphysémateuse.

Cette échancrure résulte de ce que le poumon, comprimé entre le cœur et les côtes, au lieu de se laisser déprimer, a fui peu à peu sous la compression. Cette disposition est quelquefois le point de départ d'une autre plus étendue.

Alors l'organe entier s'est réfugié en arrière des dépressions, diminuant ainsi considérablement de volume, et n'étant nullement emphysémateux. Mais ce cas est le plus rare, et presque toujours on trouve la rainure qui divise le poumon, comme nous l'avons indiqué.

Cette rainure, à peu près continue depuis

la première côte jusqu'à la base du poumon, est plus marquée, de distance en distance, par des impressions arrondies digitales. Là le tissu pulmonaire, comprimé entre la colonne vertébrale et les côtes, a complètement disparu, en sorte que l'organe est réduit à l'adossement des deux plèvres qui se sont jointes par leur face interne à travers le poumon. La lame qui persiste est mince, transparente.

Nous avons vu quelquefois des vaisseaux très-déliés qui rampaient entre ces deux lames pleurales; nous n'avons jamais noté que la compression ait déterminé l'épaississement de ces deux feuillets des plèvres, ou la production de fausses membranes.

On compte autant de ces dépressions qu'il y a de saillies costales qui répondent au poumon, mais elles sont loin d'être toutes aussi profondes que nous venons de le dire: deux ou trois au plus sur chaque poumon présentent cette disparition complète du tissu pulmonaire, et cela ordinairement à la moitié de la hauteur du poumon. La clavicule et le peu de longueur de la première côte en haut, les organes abdominaux en bas, sont probablement l'obstacle qui s'oppose à une dépression plus considérable de la paroi à leur niveau.

Entre chacune des dépressions il reste une petite portion de substance pulmonaire plus ou moins épaisse, et par laquelle les bronches et les vaisseaux se rendent à la partie antérieure.

Si le rachitisme est moins avancé, la rainure est remplacée par la simple impression des nodosités costales, impression qui s'efface facilement et qui disparaît complètement dès qu'on a enlevé le poumon de la cage thoracique.

Entre ces deux extrêmes (la disparution complète du tissu pulmonaire et une légère impression de la nodosité) il y a des nuances qui dépendent du plus ou moins de saillie des nodosités costales, et qui présentent des particularités remarquables.

Ainsi, à mesure que le nœud rachitique s'approche de la colonne vertébrale, le tissu pulmonaire semble se condenser peu à peu, les vésicules perdent l'air qu'elles contiennent; et cette pression lente fait ce qu'une pression momentanée, mais plus forte, ne peut jamais obtenir; en sorte que le poumon est là carnifié comme après une compression par épanchement. Les poumons rachitiques se présentent donc le plus ordinairement dans l'état suivant :

Rainure verticale formée par le tissu pulmonaire déprimé dans quelques points, carnifié en d'autres, ou par la plèvre adossée à elle-même.

Portion antérieure à cette rainure, déchiquetée en languettes, plus ou moins emphysémateuse.

Portion postérieure, parfois emphysémateuse, parfois enflammée: dans les cas où l'inflammation a envahi la partie postérieure des poumons, les caractères anatomiques de l'hépatisation diffèrent un peu de ceux que l'on constate chez les sujets dont la poitrine est bien conformée. Ces organes sont, comme les poumons, hépatisés, friables, plus lourds que l'eau, facilement pénétrables au doigt. Mais leur couleur, au lieu d'être d'un rouge clair, est souvent d'un rouge noir; la pression en fait découler en abondance du sang noir non aéré; et le parenchyme, ainsi altéré, tient le milieu entre l'hépatisation et l'apoplexie.

Dans les cas où il n'y a pas d'inflammation, la partie postérieure du poumon est d'ordinaire congestionnée, mais le tissu a conservé sa résistance normale.

Le poumon n'est pas le seul organe thoracique qui ait à souffrir de cette déformation des parois. Le cœur aussi est ou dévié ou déformé.

Si la pression s'exerce en plein sur la face antérieure du cœur, de telle sorte que, pris entre la colonne et les côtes, il ne puisse fuir la compression, une, et quelquefois deux des nodosités s'impriment sur cette face, et souvent le péricarde, soit pariétal soit viscéral, a, dans ce point, une légère teinte opaline. Cette dépression, ordinairement superficielle, disparaît par la manipulation du cœur.

Le plus souvent la pression s'exerce sur le bord gauche du cœur; alors celui-ci fuit devant elle en exécutant peu à peu un mouvement de rotation par lequel il se trouve placé de champ; son bord gauche devenant antérieur, sa face antérieure devenant droite. Ce changement de position a pour effet d'enrouler légèrement autour les uns des autres les vaisseaux qui partent de la base du cœur; mais cet effet est trop peu sensible pour avoir une influence marquée sur la circulation.

Lorsque le cœur a exécuté ce mouvement de rotation, si la compression continue, si la face antérieure, qui est devenue droite, glisse un peu sur le côté gauche de la colonne vertébrale, il en résultera que le bord droit, devenu postérieur, sera pressé latéralement entre la colonne et les nodosités; que le bord gauche, devenu antérieur, tendra à occuper tout l'espace sous-sternal, s'élargira, et qu'en définitive le cœur aura la forme d'une pyramide triangulaire.

Cette action lente des parois thoraciques sur le cœur a-t-elle une influence sur la nutrition et le développement de cet organe? Nous ne saurions résoudre complètement cette question : mais nous possédons l'observation d'un rachitique de quatre ans, chez lequel le cœur, ainsi comprimé, était remarquablement hypertrophié. Sa circonférence à la base des ventricules était de dix-huit centimètres au lieu de douze qu'elle présente d'habitude. Les parois des ventricules étaient peu épaissies; les orifices avaient à gauche sept centimètres de circonférence au lieu de cinq à six, et à droite huit, au lieu de six à sept.

Aucun autre rachitique ne nous a présenté le même phénomène.

ARTICLE IV.

Mécanisme physiologique de la déformation.

Il suffit de considérer avec attention la manière dont respire un enfant rachitique pour concevoir immédiatement le mécanisme et le vice de cette respiration.

L'étranglement circulaire qui se fait à la base de la poitrine, et par lequel toutes les parties latérales sont rapprochées, indique évidemment que c'est le diaphragme qui, par sa contraction énergique et si fréquemment répétée, est, au moins en partie, la cause de cette déformation latérale.

On peut se demander, il est vrai, pourquoi les muscles antagonistes du diaphragme ne maintiennent pas les côtes au lieu de les laisser s'affaisser; car pour que le diaphragme agisse efficacement, les côtes doivent être fixées par les muscles inspirateurs. Mais il faut remarquer que ces muscles sont loin de s'insérer sur les côtes aux mêmes points que le diaphragme.

Ainsi l'insertion du petit pectoral et du grand dentelé se fait en arrière, ou plutôt au-dessus de celle du diaphragme, en sorte qu'il reste un intervalle considérable des côtes entre les attaches des muscles antagonistes; or, tant que le levier costal conserve sa rigidité, il est capable de résister à la traction exercée sur lui en sens inverse, mais s'il se ramollit dans cet intervalle, les muscles petit pectoral et grand dentelé tirant en dehors, pendant que le diaphragme tire en dedans, il se fera une constriction au point le plus ramolli, qui, à la base de la poitrine, est un peu au-dessus des attaches du diaphragme. Quant au grand pectoral, son action dans ce cas, est tout-à-fait différente; il s'attache sur le sternum lui-même, et, dans les grandes inspirations, il tend à le porter en avant et en haut, en sorte qu'il n'a aucune action pour empêcher la dépression qui tend à se former en arrière de lui.

De toutes ces actions musculaires il résulte :

1° Que la poitrine est circulairement retrécie à sa base par le diaphragme;

2° Que le sternum est porté en avant, ou plutôt maintenu dans sa position, sous l'influence du grand pectoral et du mouvement naturel imprimé par les côtes;

3° Que les fausses côtes sont redressées au-dessous de la constriction circulaire, à cause de la résistance des organes abdominaux. Pour arriver à ces résultats, il n'est pas nécessaire d'admettre une diminution d'action dans les muscles antagonistes du diaphragme, ainsi que l'a fait M. Rufz, car les forces agissant également, mais en sens inverse, sur deux points éloignés d'un même levier, il suffit que ce levier ne soit pas rigide pour que sa déformation ait lieu.

Mais ce mécanisme bien réel de la déformation thoracique ne suffit pas pour en expliquer toutes les circonstances, la dépression verticale, qu'on dirait produite par une force invisible et centripète, est évidemment indépendante de l'action du diaphragme, et ne peut mieux être comparée qu'à l'effet produit sur la soupape d'un soufflet au moment où l'on en écarte les deux branches; c'est qu'en effet le mécanisme est le même, et que la pression atmosphérique est la cause principale de la déformation.

Il suffit, pour comprendre cette action, de rappeler en quelques mots le mécanisme de la respiration.

La pression atmosphérique s'exerce en dehors de la poitrine, sur les parois costales, en dedans sur l'arbre bronchique, et se fait ainsi équilibre à elle-même. En même temps que cette puissance exerce cette double action, le poumon, par sa contractilité, tend à revenir sur lui-même, et en est empêché par la rigidité des côtes, et l'impossibilité de faire le vide dans la cavité pleurale.

C'est donc en un mot, dans la résistance de la paroi et dans la contractilité du poumon que réside la conservation de la forme de la poitrine, ou plutôt, c'est dans le rapport qui existe entre ces deux forces.

Diminuez la solidité de la cage thoracique à tel point qu'elle soit moindre que n'est la force de contractilité pulmonaire, et vous aurez une dépression aux points où la cage thoracique est plus faible.

C'est ce qui a lieu dans le cas dont nous parlons.

Augmentez la force de contraction pulmonaire, comme cela a lieu dans les épanchements pleurétiques qui ont carnifié le poumon, vous aurez encore, lors de la résorption de l'épanchement, une déformation de la poitrine.

D'où l'on voit que, dans ces cas, en apparence si opposés, le mécanisme est le même : dérangement de rapport entre les deux forces qui tendent à produire le vide dans la cavité pleurale : seulement dans un cas, c'est la paroi qui est plus faible; dans l'autre, c'est le poumon qui est plus fort.

En résumé, la déformation de la poitrine, chez les jeunes rachitiques, doit être attribuée à une seule cause : le défaut de consistance des parois costales; et la déformation se produit sous l'influence de deux agents :

1° La contractilité normale du tissu pulmonaire;

2° La contraction normale des muscles inspirateurs.

RILLIET et BARTHEZ.

III. Quelques considérations sur les eaux minérales de Forges.

« Les eaux minérales guérissent quelquefois, soulagent, consolent toujours » ;

telle est l'épigraphe qu'a mise à la tête de son intéressant rapport sur cette matière, M. le docteur Patissier. Bordeu est plus explicite en considérant comme incurable toute maladie chronique qui a résisté à l'usage des eaux minérales. C'est dans ces sortes d'affections qu'elles sont employées avec le plus d'avantage.

Quelques personnes ne considèrent pas les eaux minérales comme un véritable agent thérapeutique. On leur refuse toute action médicale, et les effets qu'elles produisent sont attribués en entier à des circonstances qui, bien qu'elles y aient eu une part quelconque, n'ont agi qu'accessoirement. Nous entendons quelquefois répéter, avec une sorte d'affectation, qu'elles sont conseillées moins en raison de leur nature médicamenteuse qu'à cause des distractions agréables que procure le déplacement auquel elles obligent, de l'abandon momentané des affaires, d'un régime sanitaire qu'on suit plus ou moins exactement. Il est aisé de réfuter une opinion aussi évidemment erronée. Nous ne contestons pas l'utilité et l'heureuse influence de ces moyens hygiéniques sur le plus grand nombre de personnes; mais il est impossible de méconnaître aussi l'action directe, sur l'économie animale, des principes minéralisateurs dissous, à plus ou moins grande dose, dans l'eau. Nous en avons chaque jour des exemples bien remarquables, et les médecins inspecteurs des eaux minérales pourraient principalement en citer à l'appui de cette assertion. S'il n'en était pas ainsi, comment expliquer l'emploi quotidien des eaux minérales factices destinées à remplacer les naturelles? Tous les moyens hygiéniques, d'ailleurs si avantageux, que nous avons énumérés, manquent absolument dans l'usage des premières; on ne peut évidemment compter que sur l'effet des ingrédients minéralisateurs qui ont servi à composer l'eau minérale. Ces mêmes substances, tel que le fer, par exemple, ne sont-elles pas administrées avantageusement à l'état sec ou à l'état liquide dans quelques circonstances? Pourquoi une eau minérale naturelle ne vaudrait-elle pas celle imitée par l'art? Nous avons eu occasion de faire ces observations, et d'autres encore, à des personnes qui, sans réflexion et sur la foi d'autrui, répétaient les accusations vagues que l'on dirige sans fondement contre les eaux minérales; elles n'ont pu rien nous répondre de sérieux.

La question de supériorité des eaux minérales naturelles sur les factices trouverait ici sa place; nous pourrions rechercher les causes qui ont fait négliger celles qui sont froides. Nous nous en abstiendrons dans cet article, que nous avons l'intention de consacrer spécialement à l'examen des eaux minérales de Forges. Nous ferons seulement observer que ces eaux sont au nombre, ainsi que celles de leur espèce, des victimes de la doctrine physiologique exagérée qui, elle-même, est devenue un sujet de controverse dans lequel l'avantage ne lui est pas toujours resté. Il est résulté de cette réaction salutaire un retour nécessaire vers ce genre de thérapeutique délaissé à tort.

La vallée de Bray, sorte d'oasis dans le département de la Seine-Inférieure, appartient, dans l'ordre des couches qui constituent l'écorce du globe, aux étages moyens de la formation secondaire; la nature des roches qui la composent, les espèces de fossiles qu'on y rencontre, le prouvent évidemment.

On sait que ce système de terrain renferme ordinairement des richesses métalliques; aussi cette contrée a-t-elle été le siége d'importantes exploitations de mines de fer qui n'ont cessé d'être en activité que par défaut de combustible.

Le bourg de Forges-les-Eaux, à vingt-neuf lieues N.-O. de Paris, à neuf lieues de Rouen et à quinze lieues d'Amiens, occupe à peu près le centre de la vallée; traversé dans toute sa longueur par la grande route royale de Paris à Dieppe, il est entouré par la forêt de Bray, qui occupe une partie de son territoire.

Les eaux minérales de Forges, qui ont joui d'une célébrité justement méritée, se rattachent à des souvenirs qui ne sont pas sans intérêt. Très-fréquentées autrefois, elles étaient le rendez-vous de l'élite de la société, qui venait y chercher la santé et des distractions.

Situation et disposition extérieures des sources.—Les trois sources d'eaux minérales de Forges, appelées *la Reinette*, *la Royale*, *la Cardinale*, sont situées au couchant du bourg, dans une vallée dominée par quelques éminences.

Elles coulent dans un enfoncement pratiqué en maçonnerie dans le sol, de deux mètres à peu près de profondeur, et où on a creusé pour chacune un bassin séparé.

La Reinette et la Cardinale coulent horizontalement, la Reinette de l'est à l'ouest, et la Cardinale du nord au sud; la Royale sourd perpendiculairement au milieu des deux autres, et coule ensuite de l'est à l'ouest comme la Reinette.

Celle-ci est la source qui fournit le plus d'eau et est la moins ferrugineuse.

La Royale coule moins vite que la Reinette : c'est celle qu'on boit le plus communément la première.

La Cardinale coule plus lentement que les deux autres sources et est plus chargée de fer que les précédentes. Chaque source déverse, par un petit canal ménagé dans l'épaisseur de la maçonnerie inférieure, la quantité d'eau qui dépasse son niveau dans un réservoir disposé de telle sorte qu'elle peut y arriver isolément.

Propriétés physiques.—Les eaux des trois sources sont parfaitement limpides; seulement les bassins sont plus ou moins chargés

d'une poudre jaunâtre qui s'attache à leurs parois. Les vases dont on se sert habituellement pour puiser l'eau aux bassins se recouvrent à la longue d'un enduit jaune rougeâtre qui atteste la dissolution du fer dans les eaux

Phénomène particulier de la Reinette.—Au rapport des historiens qui ont écrit depuis Linand, le premier qui en ait fait mention, la Reinette offre un phénomène fort singulier. «Tous les jours (c'est Linand qui parle) vers six à sept heures du soir, elle se brouille de manière que l'eau sort toute rougeâtre et chargée de flocons roux plus ou moins gros, qui se changent en une eau rousse, quand on les remue avec la main.» Marteau ajoute que ce phénomène se répète le jour trois ou quatre heures avant l'orage et la pluie. Monnet, Le Pecq-de-la-Cloture et quelques autres écrivains se réunissent pour confirmer le même fait. Nous dirons qu'il existe ainsi qu'il est décrit, à l'exception de son apparition régulière.

La saveur n'est pas la même dans l'eau des trois sources; elle est fraîche dans toutes, légèrement ferrugineuse dans la Reinette, ferrugineuse dans la Royale, et décidément atramentaire dans la Cardinale.

La température diffère peu dans les trois sources. Le thermomètre (centigrade), plongé dans les bassins, a rapporté sept degrés, terme moyen.

Analyse chimique.—Depuis 1603, qu'a paru le premier ouvrage qui traite spécialement des eaux de Forges, jusqu'en 1812, époque à laquelle l'analyse chimique en a été faite d'une manière conforme à la science, elles ont été le sujet de nombreuses monographies. Il résulte de cette analyse, opérée à l'établissement même par M. Robert, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, qu'un litre d'eau minérale de Forges contient :

Reinette.

Acide carbonique.	0 litre	250
Carbonate de chaux.	0 gramme	0133
Carbonate de fer.	0	0066
Chlorure de sodium.	0	0398
Sulfate de chaux.	0	0177
Chlorure de magnésium. . .	0	0106
Chlorure de silicium.	0	0055

Royale.

Acide carbonique.	1 litre	250
Carbonate de chaux.	0 gramme	0398
Carbonate de fer.	0	0266
Chlorure de sodium.	0	0465
Sulfate de chaux.	0	0266
Chlorure de magnésium. .	0	0066
Sulfate de magnésie.	0	0405

Cardinale.

Acide carbonique.	2 litres	000
Carbonate de chaux.	0 gramme	0398
Carbonate de fer.	0	0443
Chlorure de sodium.	0	0478
Sulfate de chaux.	0	0266
Chlorure de magnésium. . .	0	0106
Silice.	0	0088
Sulfate de magnésium. . .		

Il était assez naturel de penser que le voisinage des fontaines devait offrir quelques sources de même nature que les eaux minérales. En effet, outre les nombreux ruisseaux ferrugineux que renferme le bois avoisinant l'établissement, on a rencontré, en faisant des sondages géologiques, à quelques centaines de mètres de ces fontaines et à la profondeur de dix à onze mètres, une source d'eau bitumineuse courant du nord au sud, sur un plancher de grès ferrugineux, et recouverte par la glaise plastique qui existe généralement dans le pays de Bray. Monsieur le préfet du département, informé de cette découverte, en fit faire l'analyse chimique par MM. Girardin et Morin, le premier, professeur de chimie à Rouen, le second, membre du jury médical de la Seine-Inférieure. Il résulte du travail de ces savants, fait à Forges, qu'un litre de cette eau minérale renferme :

Acide carbonique libre.	0,0805
Carbonate de protoxyde de fer. . .	0,0580
Carbonate de chaux.	0,0189
Chlorure de calcium.	0,0250
Chlorure de sodium.	0,0158
Chlorure de magnésium.	0,0043
Sulfate de chaux.	0,0140
Sulfate de magnésie.	0,0043
Silice.	0,0130
Matière organique bitumineuse. .	0,0047
Eau.	999,7615
	1000,0000

La présence de l'hydrogène sulfuré et du sulfure de fer dans cette eau, alors qu'elle a été soumise quelque temps au contact de l'air atmosphérique, est due à la réaction de la matière organique bitumeuse sur les sulfates alcalins; cette circonstance particulière donne à cette source ferrugineuse une légère propriété des eaux sulfureuses, indépendamment des qualités reconnues aux eaux martiales, qu'elle possède à un degré très-marqué.

Propriétés médicales.—L'action de ces eaux est essentiellement tonique; elles ne tirent pas uniquement leur vertu du fer qu'elles renferment; les substances gazeuses et salines, dont l'analyse y démontre la présence, leur communiquent des propriétés qui leur sont communes avec d'autres eaux, celles de Spa principalement. Une foule d'observations atteste leur efficacité dans les maladies qui

dépendent de la langueur du principe vital, de l'atonie des tissus vivants, de la faiblesse des mouvements organiques. Elles conviennent, en général, aux personnes d'une constitution lymphatique, d'un tempérament humide; mais c'est principalement dans les digestions lentes ou irrégulières, dans les affections de l'appareil gastrique qui tiennent à la faiblesse de cet appareil, qu'elles sont employées avec succès; on les prescrit dans la débilité qui est la suite d'hémorrhagies abondantes, dans certains écoulements, tels que les fleurs blanches, les pertes de semence trop continues. Elles conviennent aussi dans les catarrhes chroniques de la vessie, les diarrhées anciennes dont les symptômes inflammatoires ont disparu. Le Pecq-de-la-Cloture rapporte dans ses épidémies de la Normandie, qu'en 1768 toute la population de Forges et des environs, tourmentée par une diarrhée chronique, se guérit en buvant uniquement de la Reinette. Les recueils des observateurs sont remplis d'exemples de cures dans les paralysies anciennes, l'incontinence des urines, les œdèmes invétérés; on les conseille avec avantage dans la suppression ou la non-apparition du flux menstruel, indépendant du relâchement de la matrice. On se rendra facilement compte de cette double assertion, qui n'est contradictoire qu'en apparence, en réfléchissant que, dans l'un et l'autre cas, la matrice et ses annexes réclament l'usage des toniques, et que les eaux martiales en remplissent parfaitement l'indication; nous avons vu des fièvres intermittentes anciennes et opiniâtres guérir par un emploi convenable de ces eaux. Dirons-nous ici qu'un des plus grands bénéfices que l'usage et des succès multipliés ont consacré comme une des prérogatives des eaux de Forges, c'est leur efficacité contre la stérilité? On sait qu'après dix-huit ans de mariage, Louis XIII et la reine Anne d'Autriche, qui n'avaient pas encore eu d'enfants, prirent les eaux de Forges. La naissance prochaine de Louis XIV fut pour beaucoup de personnes une preuve péremptoire de la propriété fécondante de ces eaux; aussi voit-on tous les ans plusieurs jeunes dames qui vont chercher auprès de ces sources un espoir dont la réalisation augmente encore la confiance générale.

Encouragées par un exemple aussi remarquable, plusieurs autres branches de la famille royale, au nombre desquelles on compte celle du prince régnant, eurent recours dans des circonstances semblables aux eaux de Forges, et purent, ainsi que leurs illustres devanciers, se féliciter d'avoir atteint le but qu'elles se proposaient.

On comprendra au reste facilement que l'action tonique de ces eaux sur l'économie animale, et sur les organes générateurs en particulier, les modifie de manière à les rendre aptes aux fonctions qu'ils étaient incapables de remplir dans un état de langueur et d'inertie.

Mode d'administration des eaux; époque où on les prend. — C'est ordinairement vers les mois de juin, juillet, août et septembre, que le rendez-vous des buveurs a lieu à Forges. Quelques-uns prolongent leur séjour jusqu'au mois d'octobre lorsque la température le permet.

La Reinette, dans laquelle on met un peu de vin, est la boisson d'usage pour la plupart des buveurs à leurs repas; comme elle est légère et qu'elle se digère facilement, les personnes délicates, en l'employant ainsi, disposent leur estomac à l'usage de la Royale.

Celle-ci, plus ferrugineuse, exige quelques précautions; le premier jour on en prend deux verres à la distance l'un de l'autre d'une demi-heure; on augmente les jours suivants d'un verre, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à en boire cinq ou six verres par jour; la distance entre chaque prise d'eau varie, au reste, suivant le plus ou moins de facilité qu'a l'estomac à la digérer. Lorsque cette quantité d'eau Royale passe bien, on prend alors la Cardinale, et l'on diminue d'autant de la première que l'on boit de la seconde; ces règles, et d'autres encore en pratique, ne sont point invariables, on les modifie d'après le tempérament des personnes et les causes pour lesquelles elles prennent les eaux.

C'est toujours le matin, à jeun et immédiatement après leur lever, que les buveurs doivent se rendre à l'établissement, pour y faire usage des eaux, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

Ces eaux sont non seulement employées en boisson de la manière que nous venons d'indiquer, on en prend aussi des bains. Les personnes auxquelles étaient prescrits les bains d'eau minérale se trouvaient dans la nécessité de faire transporter l'eau des sources à leur domicile; il en résultait des inconvénients qui n'existent plus depuis que des baignoires ont été établies dans l'emplacement même des fontaines.

Ces bains se prennent froids, chauds, et à des degrés intermédiaires de chaleur. Nous ne nous occuperons pas ici de la manière dont ils sont administrés, de leur durée, etc.; ces détails sont expliqués séparément à chaque baigneur à l'établissement. Les effets des bains d'eaux ferrugineuses ont quelque rapport avec ceux des bains de mer, surtout lorsque les eaux minérales, outre le fer, renferment aussi en dissolution des substances gazeuses et salines qui ont la propriété d'exciter le tissu avec lequel elles sont en contact.

Les bains d'eau minérale ont souvent guéri ou diminué la faiblesse universelle du corps, soit constitutionnelle, soit acquise. Ils ont opéré la cure complète, concurremment avec l'usage intérieur de l'eau ferrugineuse, d'une paralysie des membres inférieurs; les mêmes moyen sont été employés utilement,

selon Cullen qui les conseille, dans les scrofules.

Ces sortes de bains ont été recommandés dans l'hystérie, l'hypocondrie, la chorée et diverses autres affections nerveuses. Le docteur Russel cite des exemples de leur réussite dans son ouvrage intitulé *Œconomiæ naturæ*.

Toutes les fois que l'on use des bains froids, il ne faut point abandonner l'idée qu'ils ne sont réellement toniques, qu'autant que les malades ont assez de force pour éprouver, à la sortie de l'eau, un sentiment agréable de chaleur ; il n'est pas toujours possible de bien déterminer le degré de faiblesse organique qui les proscrit; dans ce cas, on essaie les bains frais de vingt à vingt-cinq degrés (centigrades), et si le malade s'en trouve bien, on lui en administre graduellement de plus froids.

Nous avons peut-être dépassé les bornes que comporte le cadre d'un journal scientifique, même aussi étendu que l'est celui-ci; toutefois, à cette époque de réaction dans les doctrines médicales, que nous avons déjà qualifiée de salutaire, nous avons pensé qu'il serait utile de signaler à l'attention de MM. les médecins les eaux minérales de Forges, dont une longue expérience a consacré l'efficacité.

CISSEVILLE, D.-M. à Forges.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Nouveaux éléments de médecine opératoire, accompagnés d'un atlas de vingt-deux pl. in-4o, gravées, par M. Velpeau (1).

M. Velpeau termine ses considérations préliminaires par une histoire abrégée des *accidents* divers que l'on peut observer à la suite des opérations. Après avoir dit quelques mots des spasmes, des hémorrhagies, des érysipèles, des phlegmons diffus, des angicolmestes, il arrive à l'*infection purulente*, et traite ce sujet avec la complaisance d'un homme qui s'enorgueillit, à juste titre, de ses travaux sur la matière. Il reconnaît que les anciens étaient loin d'ignorer la gravité de ce dernier accident, et il cite A. Paré, Pigray, Morgagni, Quesnay, Col-de-Villart et J.-L. Petit, comme l'ayant observé. Mais ces auteurs n'avaient vu en lui qu'un fait accidentel, assez rare, et n'avaient pas songé à lui reconnaître l'extrême importance qu'il possède en réalité. M. Velpeau croit être le premier, parmi les modernes, qui ait reconnu et démontré la funeste influence qu'exerce, sur un grand nombre d'opérés, l'infection purulente.

Sa première observation remonte à 1818 et fut faite à l'hôpital de Tours; ses premières publications datent de 1821, 22 et 23. Seize à dix-huit ans se sont écoulés depuis lors, et M. Velpeau croit pouvoir dire, après un aussi long espace de temps, que « *seul* il peut s'en tenir, sans rejeter les travaux de personne, à ce qu'il soutenait en 1823! »

Cependant le temps est venu le forcer à modifier l'ordre de fréquence qu'il avait assigné aux causes *possibles* de l'infection purulente. M. Velpeau s'était posé, dans le principe, défenseur résolu de la théorie du transport du pus en nature. Il soutenait alors que « le pus et autres matières morbifiques des surfaces traumatiques rentrent parfois dans le torrent circulatoire, soit par absorption lymphatique, soit par imbibition ou endosmose, soit par les orifices des veines restées béantes au fond d'une plaie d'amputation, par exemple. » Il ne niait pas l'influence de la phlébite sur la composition du sang, mais il en parlait si faiblement qu'on a pu supposer que l'absorption était pour lui le seul mode suivant lequel s'opère l'infection du torrent circulatoire. Maintenant, au contraire, il prend bien soin de nous dire que, non seulement il reconnaît l'action de la phlébite dans un certain nombre de cas, mais qu'il l'admettait à l'époque de ses premiers mémoires, et que s'il n'entrait dans aucun détail pour la faire ressortir, c'est que cela lui paraissait à peu près superflu, tandis que l'absorption était contestée, comme elle l'est encore de nos jours, par grand nombre d'esprits sages.

Il est juste, d'ailleurs, de reconnaître que les passages sur lesquels il s'appuie pour démontrer que telle est bien son opinion d'alors, n'offrent aucune ambiguïté, et contiennent réellement ce qu'il veut y faire voir. S'il m'était permis de signaler une petite lacune dans cet article que M. Velpeau n'a traité qu'après longues réflexions, je lui reprocherais de ne pas accorder une assez grande importance à la phlébite des os. Je suis fortement porté à croire que, dans un grand nombre de cas, l'infection purulente qui suit, soit l'amputation, soit une plaie des os, a commencé par une phlébite de l'os intéressé. J'ai fait voir, l'été dernier, aux élèves qui suivaient mon cours de chirurgie à l'école pratique, et M. Bardinet, mon interne, a présenté à la Société anatomique une pièce qui, sous ce rapport, était fort remarquable. Elle avait été prise sur un homme que j'avais amputé de la cuisse pour un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Pendant les dix-huit premiers jours tout avait été pour le mieux. Des symptômes de phlébite se manifestèrent et le malade mourut. A l'autopsie nous trouvâmes que toutes les veines libres, divisées par la section des parties molles, étaient parfaitement saines. Pas une goutte de pus, pas la plus légère trace d'inflammation à leur surface interne. Leur extrémité la plus inférieure était oblitérée dans l'étendue de plusieurs lignes, et ne pouvait livrer passage à aucun liquide, bien que, pour plusieurs, elle baignât dans

(1) V. le dernier numéro.

des clapiers remplis de pus et de sanie fétide.

La veine fémorale était, comme les autres, oblitérée par un caillot de un ou deux pouces au-dessus de l'endroit où le couteau l'avait divisée. Au-dessus de ce caillot, qui était évidemment d'ancienne formation, elle se trouvait remplie par du pus, à peu près jusqu'à la hauteur de l'arcade fémorale. En cet endroit c'était du pus et du sang mélangés qui remplissaient la cavité. Plus haut elle ne contenait, comme les autres, qu'une assez petite quantité de sang noir et visqueux. Or, en examinant les branches collatérales qui partaient de la partie distendue par le pus, nous vîmes que toutes celles qui se rendaient aux parties molles étaient saines et ne contenaient que du sang; toutes celles, au contraire, qui se rendaient au fémur étaient remplies de pus. Nous en disséquâmes trois avec soin, et nous pûmes mettre en évidence leur communication avec l'intérieur du fémur. Nous fîmes sur cet os une section longitudinale et nous trouvâmes que toutes ses aréoles étaient remplies de pus. La marche de l'affection, dans ce cas, était facile à suivre. Le pus s'était d'abord formé dans l'intérieur du fémur, pour arriver, de là, dans la veine fémorale, par l'intermédiaire des vénules qui unissent ces deux parties l'une à l'autre. Les traces d'inflammation ne manquaient pas, du reste, pour témoigner que la présence de ce pus ne pouvait être rapportée qu'à une véritable phlébite.

Après la question de l'origine du pus qu'on trouve dans les veines, il en vient une toute semblable pour les collections purulentes qu'on trouve dans les viscères, et qu'on désigne sous le nom d'abcès métastatiques. Les solutions qu'on propose pour celle-ci ne sont qu'un complément de celles que l'on a voulu donner à la première. Le pus avec lequel les veines divisées se trouvent en contact a-t-il produit une inflammation suppurative de leur membrane interne; le sang, altéré par le pus qui circule dans le système veineux, va produire de même une inflammation suppurative, soit du parenchyme, soit des capillaires veineux des viscères.

Admet-on, au contraire, que le pus a été pris en nature dans la plaie, on l'en fera sortir comme il y est entré : il sera déposé purement et simplement dans le parenchyme des organes.

Par cela seul que M. Velpeau avait cru pouvoir invoquer et la phlébite et la résorption purulente pour expliquer la présence d'une certaine quantité de pus dans les veines, on était en droit de conclure, à l'avance, qu'il reconnaîtrait, pour les abcès métastatiques, la possibilité d'un double mécanisme. Tel est, en effet, sa manière de voir. Il pense que le sang vicié qui circule dans le système veineux général peut déterminer une inflammation locale et circonscrite, soit du parenchyme des viscères, soit de leur capillaire veineux; et, alors, les abcès métastatiques ne surviennent qu'après une inflammation préalable; mais il croit aussi que, dans le plus grand nombre des cas, le pus est simplement déposé, et que, s'il survient de l'inflammation dans les parties environnantes, elle est le résultat de l'irritation produite par le pus, qui agit alors à la manière d'une épine. Cette dernière opinion est celle qui lui paraît la plus probable et vers laquelle il s'est le plus fortement porté, non seulement par l'observation, mais encore par la physiologie. « Le pus, en effet, dit-il, alors qu'il est mêlé au sang, est une matière hétérogène qui tend continuellement à s'en séparer et à se porter au dehors par une voie quelconque. Cette élimination n'est guère possible dans les gros troncs où la circulation est rapide, mais elle devient facile dans les capillaires, où la circulation est si lente et où tant de combinaisons nouvelles l'effectuent. Les molécules purulentes doivent s'agglomérer, se réunir et cesser de marcher avec les autres fluides. Le pus une fois produit par cette agglomération, la formation d'un abcès n'est pas plus difficile à comprendre que celle de la bile, de l'urine, des humeurs, etc. Dans un cas ce sont des sécrétions et des exhalations naturelles; c'est une exsudation pathologique dans l'autre. » Voilà toute la pensée de l'auteur. Ces considérations ne seraient, par elles-mêmes, qu'un assez faible argument à nos yeux si on voulait les donner comme appui à un système exclusif; mais la réserve avec laquelle on les propose, et surtout l'importance plus grande qu'on accorde à des idées d'un autre ordre, font qu'on doit les accueillir avec l'attention que réclament toujours les considérations secondaires, dans les questions qui ne sont pas encore définitivement jugées.

Les symptômes de l'infection purulente sont trop connus et trop en dehors de la matière que M. Velpeau voulait traiter, pour qu'il leur donnât une large place dans son livre. Nous sommes donc bien loin de vouloir lui reprocher la brièveté des paragraphes qu'il leur a consacrés. Mais nous croyons devoir consigner ici une observation que nous avons souvent faite : c'est que les symptômes locaux peuvent précéder de plusieurs jours les accidents généraux développés dans les parties que doivent affecter les abcès.

Nous avons vu cette année, dans notre service de l'hôpital Necker, trois malades (dont deux avaient subi des amputations et dont le troisième avait reçu un coup de serpe à la main) chez lesquels nous avons pu prédire trois ou quatre jours à l'avance le développement des symptômes généraux, parce que des douleurs permanentes et assez vives s'étaient développées dans l'hypocondre droit et dans les articulations.

La manière dont il convient de *panser* la plaie qui résulte d'une opération est discutée

par M. Velpeau avec tout le soin que mérite une question aussi pratique. Après avoir exposé suivant quels modes divers on usait autrefois de la *réunion médiate*, il fait voir qu'on la pratique aujourd'hui d'une manière bien plus simple et bien plus convenable. Rejetant, avec raison, les différents topiques plus ou moins irritants que préconisaient les anciens, on les a tous remplacés par le cérat, qui n'a pour but que d'empêcher une adhérence trop grande des pièces d'appareil avec les parties qu'elles recouvrent. Etendu sur une compresse *trouée* qu'on applique immédiatement sur les parties, il fait réellement disparaître plusieurs des inconvénients qu'on observait en suivant les anciens procédés. Une autre modification, bien faible en apparence, exerce néanmoins une grande et heureuse influence sur la manière dont se cicatrisent les parties divisées. C'est l'application d'un bandage contentif de *haut en bas*, c'est-à-dire du tronc vers les extrémités, comme Wiseman et surtout Louis en ont donné le conseil; et non pas de *bas en haut* comme on le faisait avant les chirurgiens que nous venons de citer. M. Velpeau, mettant à profit cette manière d'agir, dit en avoir obtenu de très-grands avantages. Il commence par deux ou trois circulaires autour du corps, et descend ensuite sur le membre jusqu'au voisinage de la plaie; il dispose alors ses différentes pièces d'appareil et les maintient, soit avec une nouvelle bande, soit à l'aide de celle dont il s'est servi d'abord. « De cette manière, dit-il, les muscles se retirent difficilement, la peau est repoussée en avant; de plus, on prévient en grande partie le gonflement du moignon, les inflammations érysipélateuses ou phlegmoneuses dont il peut devenir le siége, et même la phlébite, qu'il importe tant de combattre dès qu'elle semble vouloir se manifester. »

Cette pratique, sans donner à tous les chirurgiens autant de sécurité qu'elle paraît en inspirer à M. Velpeau, dont on sait l'extrême confiance en la compression, présente néanmoins d'incontestables avantages et se trouve généralement adoptée. Quant à nous, c'est à elle que nous avons recours, et nous n'avons qu'à conseiller son usage.

On sait toutes les vicissitudes que présente l'histoire de la réunion immédiate.—Conseillée, pour la première fois, par Alanson ou Gersdorf, elle est généralement adoptée par les praticiens de la Grande-Bretagne. Défavorablement accueillie par nos compatriotes, elle est enfin soutenue par l'illustre Perey, qui la fait prévaloir en dépit de Pelletan, de Larrey, de beaucoup d'autres, et la fait entrer dans la pratique de Dubois, Dupuytren, Boyer, Delpech, Richerand, Roux, etc.

Pendant quelques années la réunion médiate est presque entièrement délaissée. Mais survient une période de doute. L'engouement qu'avait inspiré l'une, la proscription dont on avait frappé l'autre, sont soumis à révision et aboutissent à la conduite récente que l'on suit maintenant. Il existe bien encore quelques zélés défenseurs de la réunion immédiate, et l'école de Montpellier ne se fait pas faute de gourmander à cet égard l'école de Paris. Mais, quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, la question a changé d'aspect, et ne saurait plus être posée dans les termes d'autrefois. La discussion doit laisser de côté la prééminence des deux espèces de réunion, pour se borner à la recherche et la désignation des cas qui conviennent à l'une ou à l'autre. C'est ainsi que M. Velpeau comprend la question, c'est ainsi que nous la poserions nous-même.

Certes, la réunion immédiate doit être recherchée comme une bonne chose, mais il faut bien se garder d'en vouloir à tout prix. Nous ne pouvons pas entrer ici dans les détails minutieux que comporterait la question; qu'il nous suffise de dire qu'on doit, après une opération, se décider pour tel ou tel mode de pansement, bien moins d'après une opinion formée d'avance que d'après l'examen particulier du cas que l'on a sous les yeux. Si les parties divisées sont saines, nettement et régulièrement coupées; si les lèvres opposées de la plaie faite à la peau peuvent être affrontées sans tractions, sans décollement sous-cutané; si l'on a pu bien absterger la plaie, que les ligatures ne soient pas trop nombreuses ou placées de manière à parcourir un long trajet sous la peau, etc., sans doute il sera indiqué de tenter une réunion immédiate: mais pour peu que des circonstances différentes des précédentes existent, on se trouvera bien de panser tout simplement *à plat*. En agissant ainsi, l'on évitera des accidents, des complications que l'on eût pu déterminer par une autre conduite. Et quand la plaie se recouvrira de beaux bourgeons charnus, qu'elle sera bien détergée, que les accidents primitifs de la suppuration ne seront plus à craindre, on pourra gagner du temps et obtenir une cicatrice presque linéaire en sollicitant une réunion que M. Velpeau appelle réunion immédiate secondaire, et que d'autres désignent plus exactement, selon nous, par le nom de réunion par deuxième intention. Nous avons, depuis long-temps, adopté cette pratique, et nous n'en avons jamais retiré que les plus beaux résultats.

Une bonne partie du premier volume est consacrée à la *petite chirurgie*. M. Velpeau n'avait pas traité ce sujet dans la première édition de sa médecine opératoire. Il a cru devoir combler cette lacune, et il l'a fait de manière à intéresser, non seulement les élèves qui ont besoin d'*apprendre*, mais encore les praticiens qui tiennent à bien exécuter les opérations usuelles. De nombreuses gravures ont été intercalées dans le texte, et facilitent l'intelligence des descriptions.

Les bandages ont été représentés avec un soin extrême, qu'on s'explique très-bien

quand on connaît l'importance que M. Velpeau leur accorde.

La *compression* est l'un des plus puissants résolutifs qu'on puisse mettre en usage; mais pour qu'elle ne soit pas douloureuse, qu'elle ne contonde pas, qu'elle ne détermine pas d'étranglement, de gangrène, etc., il faut qu'elle soit très-bien exécutée. Des planches indiquent de quelle manière doit être fait le bandage roulé de la jambe et du pied (ce bandage si souvent employé et pourtant si mal fait en général!); le *gantelet*, embrassant tous les doigts et la main; la *capeline*, les *chevêtres*, le bandage employé pour les lésions traumatiques, de la clavicule, de l'omoplate et l'extrémité supérieure de l'humérus; les bandelettes destinées à la compression des testicules. D'autres indiquent les divers procédés à l'aide desquels on peut fixer une sonde dans l'urèthre; pratiquer la saignée, l'artériotomie, etc. M. Velpeau ne se borne pas à représenter les appareils *classiques* dont on fait ordinairement usage dans les hôpitaux de Paris; il représente avec un soin égal les résultats fournis par la déligation de M. Mayor, quoiqu'il conteste la suprématie qu'auraient ces derniers, suivant leur auteur.

Nous ne pouvons pas examiner en détail tous les chapitres importants de la petite chirurgie. Nous dirons seulement quelques mots des plus importants d'entre eux. L'on sait que M. Velpeau applique à presque toutes les fractures, je pourrais dire à toutes, le bandage roulé rendu inamovible par la *dextrine*. Cela l'oblige à parler, dans la petite chirurgie, du traitement des fractures : dix pages lui suffisent pour les passer toutes en revue, depuis celles des phalanges jusqu'à celles du col du fémur, et il termine en disant : « Voilà donc à quoi se réduirait aujourd'hui la déligation des fractures, si tous les praticiens voulaient imiter ce que je fais à la Charité, depuis le mois de janvier 1817. Partout, on le voit, la bande imbibée de dextrine suffit. Quand on songe que, de cette façon, il est permis au malade de se mouvoir, de se tourner dans son lit, de se lever même et de se promener, au moyen de béquilles, à partir du troisième ou du cinquième jour, on se demande si dorénavant il sera encore question de coussins, d'attelles, de gouttières, de plans inclinés, de courroies, de liens, de semelles, dans les bandages destinés aux fractures. »

Certes, nous désirons vivement que le bandage inamovible puisse *régner en maître* sur toutes les fractures. Nous comprenons tous les avantages d'un pareil résultat, et nous croyons avoir puissamment contribué, dès 1833 (1), à sa réalisation. Les cas compliqués nous paraissent devoir réclamer longtemps encore les secours de l'ancienne thérapeutique, à moins que les nouvelles modifications ne viennent satisfaire des exigences dont il n'est pas, quant à présent, assez tenu compte par les partisans exclusifs du bandage inamovible.

Il est encore un point sur lequel nous ne sommes pas d'accord avec le savant professeur dont nous analysons le travail. Nous voulons parler des *irrigations continues*. M. Velpeau croit pouvoir prédire, d'après ce qu'il a observé, qu'elles ne resteront dans la pratique qu'à titre de pansement exceptionnel, et pour un petit nombre de cas particuliers. Nos observations cliniques nous conduisent à des conclusions opposées. Les irrigations continues sont, quoi qu'on ait voulu dire, faciles à pratiquer; elles sont agréables aux malades, dont elles calment merveilleusement les douleurs, et elles combattent, plus énergiquement qu'aucun autre moyen, les accidents inflammatoires dont on doit redouter le développement. Sous ce rapport, l'expérience ne fait que confirmer de plus en plus les opinions que nous avons soutenues il y a quelques années. Et s'il était vrai que l'action du froid, dans une saison rigoureuse, pût déterminer une phlegmasie des viscères thoraciques (bien que nous n'ayons jamais rien vu de semblable), l'emploi de l'*eau tiède*, conseillé récemment par M. Pinel Grand-Champ et mis en pratique par nous avec d'incontestables avantages, devrait dissiper toutes les craintes.

De très-bons chapitres, destinés à la *vaccination*, aux opérations qui se pratiquent sur les dents, à la manière de faire les incisions et les sutures, ne peuvent obtenir ici qu'une simple mention, et terminent ce que l'auteur avait à dire sur la petite chirurgie et les opérations élémentaires.

Les *opérations complexes* sont divisées en *sections*.

La première comprend les opérations qui s'appliquent aux maladies de la face épidermique des téguments, telles que verrues, cors aux pieds, durillons, maladies de l'ongle, exostose avec fongosités sous-onguleuses des orteils. Les maladies de l'ongle sont traitées avec un soin tout particulier. Le chapitre qui leur est relatif mériterait des éloges, ne fût-ce que pour l'ordre avec lequel sont coordonnés, comparés et jugés les trente-deux procédés différents que l'on a proposés pour la cure de l'ongle rentré dans les chairs.

La *deuxième section* est consacrée aux opérations que peuvent réclamer les *difformités*. Celles-ci, bien qu'appartenant toutes à la même classe, se divisent naturellement en plusieurs groupes. M. Velpeau en a formé cinq genres qui comprennent :

1° Les difformités par altération de la peau;

2° Les difformités par altération de la couche sous-cutanée;

3° Les difformités par altération des tendons ou des muscles;

(1) *Archives gén. de médecine.*

4° Les difformités par altération des ligaments ;

5° Les difformités par altération des articulations ou des os.

L'énoncé des matières comprises dans cette section indique assez son extrême importance. La manière dont M. Velpeau l'a traitée en fait une espèce de monographie, parfaitement au niveau de la science, qu'on chercherait vainement ailleurs, et qui sera aussi intéressante que profitable pour la majorité des praticiens.

A propos des *cicatrices* vicieuses, M. Velpeau rapporte l'observation d'une femme chez laquelle elles formaient sur tout l'hypogastre, notamment d'une épine iliaque à l'autre, des brides si solides et si étendues que la matrice en était étranglée vers le milieu de la longueur, et qu'elles devinrent une cause d'accouchement contre nature. Il ne se déclare, d'ailleurs, partisan exclusif d'aucun des procédés divers que l'on a proposés pour la cure de ces cicatrices vicieuses.

Les *brides sous-cutanées* ne sont pas toujours formées aux dépens des mêmes parties. M. Velpeau reconnaît qu'elles ont le plus souvent leur siége dans l'aponévrose sous-cutanée, mais qu'elles peuvent aussi se développer aux dépens du tissu cellulaire qui sépare ce fascia de la peau et même des tendons. Tous les chirurgiens savent que l'opération par laquelle on veut séparer des doigts qui sont naturellement réunis par une membrane interdigitale n'est presque jamais suivie de succès. Quand on a divisé cette membrane jusqu'à la commissure interdigitale, elle se trouve pour ainsi dire rétablie par la cicatrice qui s'élève de plus en plus, en rapprochant les deux doigts momentanément séparés. Pour obvier à cet inconvénient, Krimer avait proposé de ramener entre les deux doigts un lambeau de la peau dorsale de la main que l'on venait unir à la face palmaire de cet organe. M. Velpeau propose un procédé qu'il croit préférable à celui de l'auteur allemand.

Il consiste à placer trois ligatures d'attente à la partie la plus reculée de la cloison interdigitale, une au milieu et une de chaque côté. Ayant divisé la cloison jusqu'à deux ou trois lignes des points traversés par les fils, on s'empare successivement de chacun d'eux, et l'on en fait trois points de suture simple. On obtient par là un contact à peu près immédiat des lèvres de la plaie dans toute l'étendue de la commissure. La réunion étant obtenue dans ce point rend ensuite très-facile la cicatrisation isolée de chacun des doigts.

Il est certain que ce procédé, s'il réussissait aussi bien que le croit son auteur, serait préférable aux autres. Mais si son exécution est facile, ses suites peuvent être graves. Dans un cas où nous l'avions mis en pratique, à l'hôpital Saint-Antoine, en 1833, le rapprochement forcé des lèvres de la plaie par les points de suture produisit une tension si considérable, que la gangrène de l'un des doigts en fut le résultat.

Nous conseillerons avec confiance le procédé de Krimer; seulement, quand la languette dorsale serait bien adhérente aux téguments palmaires, ne pourrait-on pas la diviser en plusieurs segments, par trois ou quatre petites sections transversales qui substitueraient un tissu modulaire *rétractile* au tissu de la peau, naturellement élastique et facile à distendre? De cette manière on combattrait une cicatrice par une cicatrice opposée, et nous pourrions augmenter notre résistance en multipliant le nombre de nos incisions transversales.

Les brides des autres parties du corps sont successivement étudiées. Celles qui fléchissent l'avant-bras sur le bras sont à la fois et des plus fréquentes et des plus rebelles. Se fondant sur plusieurs observations, et notamment sur les deux qui ont été publiées par M. Hourmann et par moi, M. Velpeau conclut que la possibilité de guérir par de *simples incisions* les malades atteints de cette infirmité doit être considérée maintenant comme incontestable. L'observation que j'ai publiée n'a laissé dans mon esprit aucun doute à cet égard.

Les difformités par altération des *tendons et des muscles* sont le sujet d'un chapitre intéressant et tout neuf. Les unes sont produites par des divisions accidentelles, les autres par des rétractions permanentes des parties musculaires ou tendineuses : d'où deux chapitres distincts.

Le premier est consacré à l'histoire des divisions accidentelles des tendons ou des muscles. Il commence par l'exposition des phénomènes que présente un tendon divisé, soit au milieu des parties, soit en contact avec l'air.

Tantôt la suppuration s'établit, des bourgeons charnus se développent, et une véritable réunion, par deuxième intention, ne tarde pas à s'opérer. Tantôt il s'effectue une réunion immédiate qui réunit bout à bout les deux extrémités séparées. Tantôt, enfin, il s'épanche, au niveau de la division, une substance intermédiaire, qui finit par s'organiser, prendre de la consistance et rétablir la continuité du tendon divisé, qui se trouve seulement un peu plus long qu'à l'état naturel. Quelquefois encore les deux bouts se cicatrisent isolément au milieu des parties.

Quel que soit d'ailleurs celui de ces modes suivant lequel la réunion s'effectue presque toujours, le tendon contracte avec les parties environnantes des adhérences qui diminuent considérablement la mobilité et occasionnent une gêne, parfois extrême, dans les mouvements de la partie affectée.

Le travail suivant lequel nous venons de dire que s'opère la réunion des tendons divisés indique la conduite que le chirurgien doit tenir : favoriser, autant que possible,

la cicatrisation par première ou par deuxième intention.

Mais suffit-il pour cela d'avoir recours à la position aidée des bandages; ou bien y a-t-il plus d'avantages à pratiquer la suture?

Cette question qui, depuis bien long-temps, est posée dans la science, n'a pas encore été résolue d'une manière définitive. Depuis Guy-de-Chaulieac, qui s'était fait l'ardent promoteur de la suture, et dont l'exemple a été suivi par M. A. Severin, Verdier, Bienaise, Barthelemy, Odier et Gensout, jusqu'à M. Rognetta, qui la déclare *inutile et dangereuse*, les assertions contraires n'ont pas été ménagées. Cette vieille erreur anatomique, suivant laquelle on tenait les tendons et les aponévroses pour des parties *nerveuses* excessivement irritables, a laissé dans beaucoup d'esprits, même fort éclairés, une défiance dont ils n'ont pu se défaire; de sorte qu'aujourd'hui même on veut voir, dans la suture des tendons, quelque chose de spécial qui n'est qu'imparfaitement soumis aux règles de la chirurgie ordinaire. M. Velpeau nous paraît avoir parfaitement résumé tous ces débats quand il dit que les opérations à pratiquer dans les cas de division accidentelle des tendons doivent varier selon diverses circonstances : 1° selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas, en même temps, de plaie à la peau; 2° selon qu'il est ou non possible d'obtenir un contact parfait à l'aide des bandages; 3° selon que, par suite de la position qu'il occupe ou des fonctions qu'il remplit, le tendon a besoin ou non de retrouver exactement sa disposition primitive.

En examinant en particulier les tendons des différentes parties du corps, M. Velpeau parle d'abord des doigts de la main et du poignet, dont les lésions sont si fréquentes. Il signale les progrès que l'on a faits depuis l'époque (1717) où l'on pensait que la section incomplète des tendons, étant aussi dangereuse que celle des nerfs, il convenait toujours de la rendre complète. Loin de suivre, maintenant, une pareille conduite, on conserve avec un soin extrême les languettes qui unissent encore les deux parties d'un tendon incomplètement séparées; et presque toujours on voit que ces languettes rendent et plus facile et plus solide la réunion définitive. La section des tendons à la face dorsale des doigts est assurément celle qu'on a les occasions les plus nombreuses d'observer. La position réussit presque toujours contre elle, et la suture peut être aussi suivie d'avantageux résultats. Mais à la face palmaire il en est tout autrement; dans l'immense majorité des cas la position doit suffire. Les blessures de cette région, naturellement plus graves que celles de la face dorsale, à cause des parties nombreuses qu'elles peuvent intéresser (vaisseaux, nerfs, etc.), sont surtout rendues dangereuses par les inflammations qui peuvent se développer après elles et remonter le long de l'avant-bras et du bras. Il est à remarquer, d'ailleurs, qu'il existe là une disposition anatomique tout à l'avantage de la position et des bandages; c'est l'espèce d'étui fibro-synovial qui s'oppose à toute déviation du tendon, après comme avant sa division. « La suture ne serait donc indiquée à la face palmaire des doigts ou de la main que si le tendon coupé proéminait à l'intérieur de la plaie; si ses bouts, dégagés de leur gaîne, manifestaient trop de tendance à s'écarter l'un de l'autre, s'il paraissait enfin à peu près impossible de guérir la plaie sans suppuration pour les tendons de l'avant-bras, on doit négliger la suture. »

Pour le biceps et le triceps on peut recourir, suivant les circonstances, à la suture ou au bandage. Il est d'ailleurs inexact de dire que les divisions de ces deux muscles empêchent la flexion ou l'extension de l'avant-bras. M. Velpeau a vu ces mouvements rester intacts après des sections qui semblaient devoir les rendre à tout jamais impossibles. Granier, Molinelli ont vu des cas de ce genre pour le biceps. Les observations manquent pour le triceps, mais elles peuvent être remplacées par celles des fractures de l'olécrane qu'on observe si souvent. M. Velpeau, se fondant sur plusieurs observations qui lui sont personnelles, pense que ces fractures peuvent être, sans inconvénients, abandonnées à elle-même; alors même que l'olécrane était à une assez grande distance du cubitus, il a vu l'extension s'opérer facilement.

Le *tendon d'Achille* est un de ceux dont on observe le plus fréquemment la rupture. La solution de continuité a toujours paru grave; celles surtout qui sont incomplètes pourraient produire des accidents terribles si l'on s'en rapportait à ce que disent quelques anciens auteurs; mais nous avons dit plus haut ce qu'on en devait croire.

Les fonctions du tendon d'Achille sont trop importantes pour qu'on s'en remette aux bandages du soin de rapprocher ses extrémités croisées. La suture doit être employée toutes les fois qu'il est facile de saisir les bouts dans le fond de la plaie, et de les rapprocher, quand la plaie est récente, sans complication.

Dans les cas contraires, toutefois, on ne doit pas négliger les bandages, car, convenablement appliqués, ils ont produit dans plusieurs cas une bonne réunion.

La division du tendon par lequel se terminent les muscles extenseurs de la jambe, fournit à M. Velpeau l'occasion de nous exposer ses idées sur les fractures de la rotule et sur leur traitement. Ayant observé qu'un vieil officier de la marine royale, qui, par suite d'une fracture de la rotule, avait un écartement de cinq travers de doigt entre les deux fragments de cet os, marchait avec autant de facilité qu'avant son accident; ayant remarqué, d'autre part, que les appareils les mieux appliqués restaient souvent sans atteindre le but qu'on se proposait en en faisant usage, et n'avaient pour résultat

que de gêner beaucoup le malade et lui laisser une grande raideur dans l'articulation, il s'est décidé, dès 1832, « à faire grâce aux malades, ayant une fracture de la rotule, de tout appareil gênant; il leur permet de se lever, de marcher au bout de vingt à trente jours, et même plus tôt si l'écartement est peu considérable. En se comportant de cette manière il a vu les fractures de la rotule guérir plus complètement, avec infiniment moins de gêne, que par l'emploi long-temps continué des moyens les plus ingénieux. ».

Nous croyons avec M. Velpeau qu'un bandage roulé, bien appliqué, et rendu inamovible, peut, en effet, remplacer avec avantage les divers appareils que l'on a proposés pour le traitement de la fracture qui nous occupe. Mais nous ne saurions être aussi indifférent que lui à l'écartement des deux moitiés de la rotule par l'interposition d'une substance fibreuse de un, deux, trois et même quatre pouces d'étendue. Sans doute il est des cas où la nature remédie à cet excès de longueur du tendon par une rétraction inverse du muscle; de sorte que, perdant d'un côté ce qu'il gagne de l'autre, l'appareil musculaire conserve, ou du moins reprend peu à peu ses dimensions naturelles; mais que de cas aussi où l'on attend en vain cette désirable compensation! Nous en avons observé plusieurs, et, dernièrement encore, nous avons vu, à notre consultation de l'hôpital Necker, une femme qui ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles, tant l'extension de la jambe est rendue difficile par un écartement un peu considérable des deux fragments de la rotule, anciennement fracturée.

Les nombreuses difformités qui peuvent être produites par la rétraction permanente des tendons ou des muscles ne sont plus attaquées, de nos jours, par les divers topiques dont on usait autrefois. La thérapeutique chirurgicale s'est enrichie, sous ce rapport, d'une opération qu'on désigne sous le nom de *ténotomie* et qui, pour avoir été connue des anciens, n'en possède pas moins tout le mérite de la nouveauté. L'histoire de cette opération est bien propre à nous donner la mesure de la stérilité dont une idée préconçue peut frapper l'observation des hommes les plus capables de bien voir; dès le dix-septième siècle, il se trouve des opérateurs qui divisent les tendons et les muscles; on ne s'en émeut pas, et l'on reste fidèle au respect aveugle des anciens pour les parties tendineuses. Ces hommes trouvent quelques imitateurs, mais ils ne font pas de prosélytes; leurs opérations sont répétées, leurs succès renouvelés, mais leurs doctrines restent toujours en dehors des doctrines générales. Tulpius, Minius, Solingen, Meckel, Roonhnysen, Blasius, Tenhat et Cheselden divisent des tendons au grand avantage des malades; mais l'immense majorité des praticiens rejette leur pratique et tâche de la mettre en oubli, concluant, avec de la Sourdière (1762). « que l'on doit éviter la section des tendons. »

Loréas fait de la ténotomie en 1782, et son exemple n'entraîne qu'un imitateur peu convaincu, Michaelis, qui se défend d'avoir fait une section complète, et qui regarde comme très-suffisante une division partielle.

Sartorius en 1812, Delpech en 1816, Dupuytren en 1822, n'obtiennent pas plus de succès.

Mais enfin au signal de Strohmeyer, tout le monde se met à l'œuvre, et quelques années (je pourrais presque dire quelques mois) suffisent pour fournir les matériaux, théoriques et pratiques, d'une histoire complète et durable de la *ténotomie!*

Dans cet amas, confus encore, d'opinions et de faits si rapidement accumulés par les *spécialistes*, M. Velpeau avait à faire un choix qui nécessitait une extrême réserve, tant sous le rapport des hommes que sous celui des choses. Il lui fallait discerner à la fois, et les découvertes réellement utiles, et les véritables inventeurs. Quand un certain nombre d'hommes dirigent à la fois leurs travaux sur un point encore peu connu de la science, constamment il arrive que le désir de faire *du neuf* aboutit, d'une part, à des propositions hypothétiques, erronées, contradictoires, que l'on avance du ton de la plus entière certitude; d'autre part, à des réclamations de priorité, des disputes personnelles et des contradictions systématiques qui font souvent perdre de vue la partie purement scientifique de l'affaire. Cette discussion conduit sans doute à la connaissance de la vérité; mais elle n'y conduit pas, il s'en faut de tout, par le chemin le plus simple; et quand la lutte est à peu près finie, les résultats avantageux qu'elle peut avoir produits, ne profiteraient de long-temps qu'à un bien petit nombre, s'il ne se trouvait quelques hommes d'un esprit impartial et sévère, qui vinssent séparer le vrai du faux, rapporter à chacun ce qui lui est réellement dû, mettre en lumière ce qui est utile et pratique, et rejeter dans l'ombre ce qui n'est qu'hypothèse!

M. Velpeau a été conduit, par la nature même de son livre, à tenter l'exécution de ce projet difficile; or, son but a été atteint, nous devons le dire, de la manière la plus honorable pour lui, et la plus profitable pour ses lecteurs. Le chapitre qu'il consacre à la *ténotomie* suffit largement au praticien qui voudra tenter cette opération, et le dispense de lire une foule de monographies, estimables sans doute, mais décourageantes par la minutie de leurs détails et leur prolixité.

Dans un petit article sur les généralités, M. Velpeau rappelle les différentes méthodes que les premiers chirurgiens ont suivies : la méthode *hollandaise* qui divise, soit par le feu, soit par le fer, soit par les caustiques, la peau qui recouvre le tendon en même temps que le tendon lui-même; la méthode de *Sartorius*, suivant laquelle on in-

cise la peau, non plus en travers, mais en long, pour soulever le tendon et l'inciser par une sonde cannelée; la méthode *Delpech*, qui ne voulait pas que le tendon fût dénudé, soulevait la peau comme pour mettre un séton, la perforait d'un côté à l'autre, et substituant un petit couteau convexe au bistouri, le glissait sous la peau, et coupait le tendon en allant de la face externe vers les parties profondes.

Les trois méthodes qui précèdent ne méritent pas qu'on les conserve, mais celle de Delpech a donné naissance à plusieurs modifications, qui sont généralement adoptées aujourd'hui, et qui sont dues à Dupuytren d'abord, puis à Strohmeyer et à M. Stall, Bouvier, Guérin Duval, etc.

« Le procédé qui consiste à ne faire qu'une ponction à la peau, et dans lequel on divise le tendon de la partie superficielle, vers la partie profonde, est, toutes choses égales d'ailleurs, celui qui mérite la préférence. Mais que l'on fasse deux piqûres au lieu d'une; que le tendon soit divisé d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, de droite à gauche, ou de gauche à droite; que la plaie des téguments soit transversale ou longitudinale; qu'on se serve pour toute l'opération d'un bistouri ordinaire un peu étroit, d'une sorte de petit scalpel à extrémité convexe, ou bien qu'on débute par une piqûre de lancette pour recourir ensuite à un ténotome, etc.; » ce ne sont pas là des modifications qui puissent avoir une grande influence, soit en bien, soit en mal, sur les suites de l'opération.

Après avoir ainsi apprécié à sa juste valeur l'importance que chaque spécialiste veut donner au procédé qu'il met en usage, M. Velpeau fait l'examen de la ténotomie dans chaque partie du corps; après avoir indiqué les différentes déformations que l'on peut observer, il explique leur mécanisme anatomique; rapporte les diverses expériences dont elles ont été l'objet; décrit le procédé à suivre, les précautions qu'exige la disposition des parties, et fait connaître les suites des opérations analogues pratiquées jusqu'à l'époque où il écrit. Nous ne pouvons pas le suivre dans ces détails, mais nous devons répéter ce que nous avons dit plus haut: ils suffisent largement à celui qui veut faire de la ténotomie pratique.

L'autoplastie (ou mieux anaplastie, suivant M. Velpeau) est l'un des sujets que l'auteur a traités avec le plus de verve; ce qu'il dit à cet égard n'est pas seulement de nature à intéresser le chirurgien et le physiologiste, l'homme du monde y trouverait les matériaux d'une lecture originale et piquante.

M. Velpeau a su traiter gravement la partie chirurgicale de l'autoplastie, mais, homme d'esprit, il n'a pas craint de se compromettre en sacrifiant quelques pages à la partie *pittoresque*.

Dans un premier chapitre, il nous parle de l'anaplastie par restitution; cette restitution peut avoir pour objet des organes qui ne tiennent plus au reste du corps, ou des organes qui y sont encore attachés par un petit pédicule.

Aux faits déjà nombreux qui établissent la possibilité de la réunion des parties entièrement séparées du corps, M. Velpeau en ajoute un dont il a été témoin. Il s'agit de la pulpe de l'index, que M. Gorsse, membre de l'Académie de médecine, s'est enlevée, et qui, réappliquée sur le doigt, a continué à jouir de la vie.

L'anaplastie par transplantation hétérogène fournit à M. Velpeau l'occasion de citer quelques faits curieux, mais ne doit pas nous arrêter.

Il en serait autrement de l'anaplastie par *transposition*, si ce que nous avons à dire de l'autoplastie dans les différentes parties du corps, ne nous interdisait un examen trop long des généralités; nous nous bornerons à dire que M. Velpeau distingue une anaplastie par *lambeaux éloignés*, tout-à-fait indépendants de la partie qu'on doit restaurer: c'est la *méthode italienne*; et une anaplastie par *lambeaux des parties voisines*, ou *méthode indienne*, laquelle peut se subdiviser en deux méthodes assez distinctes. Suivant l'une d'elles, on taille, en *dehors* de la plaie, un lambeau *pédiculé*, qu'on *renverse*; c'est, à proprement parler, la *méthode indienne*. Suivant l'autre, on dissèque, on soulève, puis on rapproche les parties voisines; c'est la *méthode française*, qui comprend elle-même un grand nombre de procédés.

Toutes ces anaplasties ne sont pas également employées; l'indienne et la française sont à peu près les seules auxquelles on a recours dans la chirurgie actuelle. Disons quelques mots pour signaler les modifications principales qu'on leur fait subir, suivant les parties du corps sur lesquelles on les applique.

Quelques auteurs, se fondant sur des observations plus ou moins authentiques, ont conseillé d'appliquer l'anaplastie par restitution aux parois osseuses du crâne. Mannori conseille formellement cette opération pour protéger le cerveau après l'application du trépan, et Walther, qui en a fait l'essai sur un homme et sur un chien, a obtenu dans les deux cas une adhésion parfaite. Malgré l'autorité de ces faits, M. Velpeau proscrit, à juste titre, la pratique de Mannori et de Walther. L'introduction du disque osseux enlevé par la couronne du trépan est, en effet, beaucoup plus propre à déterminer une phlegmasie cérébrale et la suppuration des parties divisées, qu'à former la voûte protectrice, à l'abri de laquelle on veut que le cerveau soit placé.

L'anaplastie du nez, ou blémoplastie, est une de celles que M. Velpeau décrit avec le plus de soin; passant en revue les différentes méthodes suivant lesquelles on peut l'exécuter, il fait voir que la transplantation du nez emprunté ne peut avoir été imaginée que

dans un pays de *parias*, et ne saurait jamais être utilisée de nos jours. *La méthode italienne* a été très-heureusement modifiée par M. Gracse, qui l'a mise en pratique sur cinq individus, et en a guéri quatre. Le chirurgien de Berlin ne se borne pas à découper, comme le fait Tagliacozi, un lambeau de dimensions égales à celles de la partie qu'il doit recouvrir. Se fondant sur ce que ce lambeau éprouve, après avoir été détaché, une rétraction qui le réduit parfois de moitié, il a soin de lui donner des dimensions beaucoup plus grandes que celles dont il a besoin pour la suite. Il attend que le lambeau soit réduit à son maximum de contraction et le réunit par des points de suture en grand nombre.

La méthode indienne est encore celle dont on s'est servi dans le plus grand nombre des cas parmi nous. Quoiqu'elle ne fournisse pas toujours de bien beaux résultats, elle est cependant celle que l'on doit préférer. Un de ses inconvénients est de laisser, après l'opération, un pédicule contourné, qui n'adhère pas aux parties sous-jacentes, et constitue sur elles une espèce de pont. Or, si l'on vient à faire l'excision pure et simple de ce pédicule, il arrive souvent que le nez, ne se trouvant plus soutenu par sa racine, s'affaisse outre mesure et tombe sur la lèvre. Les auteurs ont proposé divers procédés pour obvier à cet inconvénient. Ceux de MM. Dieffenbach, Lisfranc et Blandin n'ont pas trop mal réussi dans les cas rares où on les a mis en pratique. M. Velpeau croit cependant qu'on obtiendrait un résultat plus facile et plus beau si, coupant très-haut le pédicule, on le redressait, le taillait en triangle à pointe supérieure, lui creusait une échancrure et le fixait, par quelques nouveaux points de suture, sur la racine du nez, jusqu'au voisinage du front.

Les diverses modifications que l'on a faites aux anciens procédés de blémoplastie ont, sans doute, rendu cette opération plus régulière et plus prompte; mais ont-elles diminué les dangers que courent les malades sur lesquels on la pratique? Manifestement non. L'on peut même assurer que les chances de mortalité seraient beaucoup plus grandes si, suivant les conseils de Dieffenbach, par exemple, on voulait absolument réunir par la suture les lèvres opposées de la plaie du front, et que, pour obtenir ce résultat, on eût recours au décollement de la peau et aux incisions multiples, pratiquées de haut en bas, sur les côtés du front. Les érysipèles, les phlegmons diffus, voire même les accidents cérébraux que pourrait déterminer une pareille pratique, suffisent, et au delà, pour empêcher qu'on ne la mette en usage.

L'anaplastie des paupières est décrite avec soin. Les résultats qu'on doit en attendre sont surtout bien appréciés. Il est dans les paupières des parties importantes (muscle orbiculaire, cartilage, cils) qu'on ne remplace jamais, quoi qu'on fasse.

M. Velpeau dit, avec une juste sévérité, que les essais de *keratoplastie* faits dans ces derniers temps ne lui paraissent guère propres qu'à faire perdre du temps aux expérimentateurs, et à compromettre les progrès réels de la médecine opératoire.

Il en est autrement de la *chéisoplastie*, ou restauration des lèvres, qui a fait de nos jours des progrès remarquables, progrès d'autant plus précieux que l'opération à laquelle ils s'appliquent est, de toutes les anaplasties, celle qu'on a le plus fréquemment occasion d'exécuter. Aussi M. Velpeau discute-t-il avec soin les divers temps de l'opération, et les circonstances qui peuvent faire adopter aux praticiens tel ou tel procédé. L'anaplastie par *ourlet de la muqueuse*, telle que Dieffenbach l'a exécutée le premier, est très-clairement exposée. On sait que cette opération a pour but d'augmenter les dimensions de la bouche, quand celles-ci sont devenues accidentellement trop petites. Le moyen qui est le plus simple, et qui vient le premier à l'esprit de tout le monde, est l'incision des deux commissures, de dedans en dehors. Mais l'agrandissement qui résulte de cette double incision est tout-à-fait transitoire. La cicatrisation ramène presque toujours les parties au point où elles en étaient avant l'opération. C'est pour empêcher ce retour que Dieffenbach a imaginé d'enlever, en dehors de chaque commissure, un lambeau de peau ayant la forme d'un triangle, dont la pointe serait en dehors. Dans tout l'espace correspondant à ce triangle la paroi buccale n'est plus constituée que par la muqueuse. Si l'on vient à diviser celle-ci par son milieu, on a deux bandes transversales qui flottent au-dessous de l'incision faite à la peau, que l'on peut relever sur la lèvre de la plaie qui leur correspond, et que l'on y fixe ensuite en s'aidant de nombreux points de suture. Pour exécuter cette opération, M. Velpeau croit devoir substituer le bistouri aux ciseaux de Dieffenbach. Il pense, en outre, qu'il est beaucoup plus facile d'introduire ses fils à travers la muqueuse, puis à travers la peau, pendant que la première de ces membranes n'est pas encore divisée. Quand on vient à en pratiquer la section, il ne reste plus à faire qu'un nœud pour terminer l'opération.

La *bronchoplastie* est le dernier sujet important qui soit traité par M. Velpeau dans son premier volume. Elle lui est une occasion de rappeler que les fistules laryngiennes étaient généralement réputées incurables, lorsqu'il a proposé de les oblitérer à l'aide d'un lambeau de peau pris à leur voisinage, détaché de manière à ce qu'il n'adhérât plus que par son pédicule, roulé sur lui-même du côté de la face épidermique, et enfoncé comme un *bouchon* dans la cavité de la fistule. Ce procédé, deux fois mis en usage par M. Velpeau, a été deux fois suivi de succès. Aussi son auteur le regarde-t-il, à juste titre, comme

devant jouer un grand rôle dans la thérapeutique curative des fistules. Généralisant son application, il l'a conseillé contre les trajets fistuleux de presque toutes les parties du corps.

C'est cette méthode que M. Jobert a mise en pratique dans le traitement des fistules urinaires; et si ce chirurgien en a le premier fait l'application à ce genre de maladie, il est néanmoins vrai de dire que l'honneur de la découverte appartient à M. Velpeau.

A Bérard,

Agrégé de la faculté, chir. de l'hôp. Necker.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Quelques données sur le traitement général des luxations, et celles du bras et de la cuisse en particulier, par M. Mayor, de Lausanne.

Le nom de l'auteur n'est point un de ceux qu'on puisse laisser passer inaperçus, bien que l'hyponarthécie ait conquis en France plus d'admirateurs que de praticiens. Mais elle a eu le malheur de naître en même temps qu'une méthode tout-à-fait opposée, l'appareil inamovible, et celle-ci est restée maîtresse exclusive du champ de bataille. Il n'est, du reste, question ici ni de l'une ni de l'autre; c'est sur les luxations que s'exerce maintenant le génie infatigable du chirurgien de Lausanne. On aura une idée de l'estime qu'il a pour nos méthodes par ce jugement qu'il émet en tête de son article : le traitement des luxations que les renoueurs avaient usurpé (ainsi que celui des fractures) se ressent davantage encore d'être sorti d'une source aussi impure. Il s'élève fortement contre le principe suivant, savoir : que l'*extension* et la *contre-extension* doivent être faites de manière que le chirurgien n'ait plus, en quelque sorte, qu'à diriger l'extrémité de l'os luxé dans sa position normale.

A ces théories, qu'il trouve mauvaises, on conçoit que M. Mayor en veut substituer d'autres. Mais ici, comme d'ailleurs dans tout le reste de ses ouvrages, avant de les exposer il fait passer son lecteur par toute une série de *choses élémentaires* presque toutes bonnes à revoir sans doute, mais qui allongent singulièrement son sujet. Quant à nous, nous ne pouvons entrer que dans les détails indispensables.

Le premier problème à résoudre dans une luxation est de *relâcher*, le mieux possible, les muscles les plus nombreux, les plus forts et les plus à redouter. On objectera que la plupart des puissances motrices ont leurs antagonistes et qu'on ne peut relâcher les uns qu'en tendant fortement les autres. Mais il ne s'agit point ici de satisfaire tous les muscles, mais seulement les plus exigeants. Or, ces muscles sont les *fléchisseurs*. Il veut cependant qu'on tienne compte des extenseurs; pour eux il réserve les *tractions*, non pas des tractions faites avec la main de l'homme, mais avec des moyens mécaniques tels que le moufle, le treuil, le cric, etc.; non pas même avec tout cela qui est lourd, embarrassant, effrayant, mais tout bonnement avec un manche à balai, une béquille, une perche. On fixera d'abord sur un point de ce levier les bouts du lien qui est destiné à tirer; puis on établira l'une des extrémités du bâton contre un objet solide quelconque, et un aide saisira l'autre extrémité. Il est bon de dire aussi que le lien doit être placé au-dessus du genou et du coude, et *jamais* sur le poignet et sur le pied, puisque la jambe et l'avant-bras doivent se trouver constamment fléchis. Maintenant, en tirant ou poussant selon les circonstances, l'aide tendra le lien à volonté, et il pourra proportionner les tractions au gré et au plus léger signe de l'opérateur.

Pour ce qui regarde la *contre-extension*, on fixe le bassin en faisant comprimer au-devant de la région pelvienne, au moyen d'une ou de plusieurs mains, ou avec une serviette pliée en cravate, étendue transversalement sur cette région et suffisamment assujettie; on fixe l'omoplate en agissant directement, et *de bas en haut*, contre la voûte axillaire, tout en ménageant les tendons du pectoral et du grand dorsal. Cette pression peut avoir lieu, soit avec un *crochet à pelote* qui agit en *tirant*, soit avec l'extrémité arrondie d'une canne ou d'un bâton, dont l'action sera *répulsive;* par ces moyens, on soutient vigoureusement l'angle acromial de l'omoplate, et on le repousse même pendant qu'on fait tirer sur le coude, ce qui est extrêmement important.

Si on a affaire à un individu athlétique, d'une luxation ancienne ou très-opiniâtre, ou d'une extrémité osseuse, fortement engrenée ou enclavée, on parvient à dégager la tête par une combinaison des deux mouvements suivants : si le membre est dans l'adduction ou dans l'abduction, on le ramène en sens inverse, en se servant du genou ou du coude comme de puissants leviers; quant à la tête, on la fera pivoter en dedans si elle est en arrière ou en dehors, et on tournera la manivelle en sens opposé si elle est trop en avant ou en dedans.

Nous sommes étonnés de voir un peu plus loin l'auteur dire que la chirurgie relève entièrement de la mécanique, et qu'un habile mécanicien pourrait même, *sans être opérateur*, en tracer les règles immuables, et là-dessus vanter le *gros bon sens* de celui-ci. C'est rabaisser l'art un peu gratuitement; M. Mayor se met aussi en contradiction avec lui-même, lorsqu'il criait au commencement de son article, contre les rebouteurs; c'est le simple *bon sens* qui fait ces derniers, et on ne saurait refuser à la plupart d'entre

eux, un esprit ingénieux et inventif, et tendant même fort souvent à simplifier l'art.

Le chirurgien de Lausanne dit peu de chose sur les luxations anciennes ; elles pourront, selon lui, avec son procédé, être attaquées avec plus de chance de succès. Les doubles flexions et la manivelle forceront considérablement certains mouvements d'abduction, d'adduction et de rotation, en produisant une sorte de luxation de la pseudarthrose.

Leçons de clinique sur les ankyloses et leur traitement; professées par M. Velpeau, rédigées par M. Deville.

Ce mémoire dont M. Velpeau paraît avoir accepté la responsabilité, est un exposé de la méthode nouvelle de M. Louvrier, avec l'appréciation de cette méthode par le professeur de clinique chirurgicale de la Charité. Bien que le titre de cet article semble promettre une leçon ex-professo sur les ankiloses, il s'en faut beaucoup que la question soit traitée d'une manière complète, ni même neuve ; nous n'en extrairons que ce qui a rapport à la flexion forcée.

Cette méthode n'est point de l'invention de M. Louvrier : un chirurgien de Paris, soignant une jeune fille, dont le genou était complètement ankilosé, fit fléchir violemment la jambe, et entendit un craquement. La jeune fille mourut des suites de l'opération. Ce fait fut rapporté en 1831 à l'Académie de médecine par M. Amussat, et il n'était certainement pas de nature à faire tenter de nouvaux essais.

En 1835, M. Velpeau, dans un article fait pour le Dictionnaire de médecine, a dû nécessairement parler de la rupture brusque des ankiloses, ne fût-ce que pour l'apprécier. Mais c'est M. Louvrier qui, le premier a imaginé une machine pour rompre brusquement les ankiloses ; il parut même avoir obtenu quelques succès, qui l'engagèrent à quitter le département du Doubs, où il exerçait la médecine, pour venir à Paris. Il y pratiqua plusieurs opérations semblables hors des hôpitaux, et aucun accident grave n'étant survenu, M. Velpeau lui a confié deux femmes, qui, toutes deux, ont été opérées publiquement. On n'a pas obtenu, dans ces deux cas, tout le succès que s'en promettait M. Louvrier ; il y a eu chez les malades, luxation du tibia en arrière, et chez la dernière opérée, une escarre considérable sur le genou.

Le redressement brusque des ankiloses, jugé possible dès long-temps, a paru si dangereux en théorie, que les chirurgiens en ont condamné la seule idée. Voici les objections qu'ils y faisaient : la douleur paraissait devoir être effrayante, et, sous ce rapport, l'expérience a justifié la théorie ; cette opération est horriblement douloureuse, mais elle est fort courte ; on a objecté ensuite l'inflammation, et une inflammation bien aiguë de l'articulation. Il y a ici une distinction à faire ; s'il y a rupture des téguments, introduction de l'air, il doit se former une inflammation purulente, presque toujours mortelle; mais ce n'est pas toujours le cas ; les lésions et les fractures des membres, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de plaies des téguments, guérissent presque toujours très bien. C'est d'après cette observation pratique que M. Velpeau est revenu le premier, parmi ses contemporains, à conseiller la rupture du cal anguleux ; or, d'après l'examen oculaire de la méthode de M. Louvrier, ce n'est pas dans l'inflammation que réside son principal danger.

La rupture de la peau en offre bien plus ; celle de la veine poplitée seulement ne le serait pas autant ; la veine se cicatriserait bientôt, et d'ailleurs elle serait de suite fermée par des caillots qui la comprimeraient. il n'en serait pas de même de la rupture de l'artère poplitée. Les caillots peuvent bien la comprimer, l'oblitérer, mais alors on a tous les dangers de la ligature de l'artère unique d'un membre : c'est ce qui paraît malheureusement être arrivé à un des malades opérés par M. Louvrier ; la mortification de la jambe est survenue probablement par suite de la rupture de l'artère poplitée, et il y a peu de jours qu'on pensait qu'on serait trop heureux si on pouvait sauver le malade par l'amputation de la jambe.

La rupture des ligaments croisés paraît inévitable à M. Velpeau, et elle a été en effet constatée chez la malade qui a succombé à l'hôpital Beaujon ; par elle-même elle ne présente pas de graves inconvénients immédiats, mais il est douteux que le membre puisse avoir ensuite une grande force.

Voilà les dangers en théorie, et la pratique en a confirmé plusieurs ; une femme a succombé, il s'est fait une déchirure à la peau qui à été le point de départ d'accidents inflammatoires formidables ; les ligaments croisés étaient déchirés et en suppuration ; —un autre malade a une gangrène du pied, et est en danger de perdre la jambe ; outre ces dangers, il y a celui d'une contusion à divers degrés de profondeur. Une contusion à la peau peut être grave aussi; une des malades, opérée par M. Louvrier, présente au genou une large plaque escarrifiée.

Tels sont les dangers que signale M. Velpeau ; néanmoins, sur près de vingt malades qu'a opérés M. Louvrier, il n'y en a eu que trois chez lesquels des accidents se sont manifestés, et encore il en accuse plutôt les circonstances particulières où ils se trouvaient que l'opération elle-même.

En compensation de tous ces dangers, quel bien peuvent espérer les malades ? Avant l'opération, la jambe était fléchie sur la cuisse, et nécessitait l'emploi d'une jambe de bois ; après l'opération, la jambe reste droite ou presque droite. Il y a, suivant M. Velpeau, à attendre de trois choses l'une : 1° ou bien le membre est tout-à-fait redressé, et le malade marche comme s'il n'avait pas de dif-

formité; 2° ou bien le membre n'est pas complètement redressé, le pied ne touche le sol que par son extrémité, le talon est relevé, et le malade à besoin d'une machine pour marcher aisément; cet état est préférable pour le malade à celui où il était avant l'opération; 3° le pied ne porte pas entièrement sur le sol, et l'articulation n'est pas solide, alors il aurait mieux valu ne pas opérer.

La *luxation en arrière* arrive quand la rotule est soudée en bas au fémur, ce qui a lieu assez souvent. C'est ce que l'on a observé chez un des opérés de la Charité et chez la malade de l'hôpital Beaujon; il est douteux, pour M. Velpeau, que ce redressement imparfait soit préférable à l'ankilose, et il peut d'ailleurs amener la rupture et la déchirure des vaisseaux poplités.

Maintenant, si l'on en vient aux conclusions par les faits, la question s'obscurcit, à moins d'admettre les succès de l'inventeur de ce redoutable moyen. Les faits anciens de redressement brusque des ankiloses sont tous relatifs au coude ou au poignet, et sont donnés sans aucun détail. Deux faits ont été relatés par M. Cazenave de Bordeaux dans notre journal (1837, t. IV, pag. 200). Le redressement fut fortuit et brusque, et dans les deux cas, s'il en faut croire l'auteur, la rupture fut suivie de la restauration complète des mouvements du membre. Il serait à désirer que M. Louvrier réunît plusieurs de ses anciens malades, pour qu'on pût les examiner.

La rupture brusque, selon M. Velpeau, est indiquée, si la flexion n'est pas tout-à-fait à angle droit, si la rotule n'est pas tellement soudée qu'on ne puisse avoir des chances de la détacher, ou bien si elle est tellement disposée qu'on puisse, malgré sa soudure, ramener le tibia sous le fémur.

L'espace ne nous permet pas de donner l'examen des pièces anatomiques d'ankiloses. Nous dirons seulement que les deux malades opérés par M. Louvrier, dans le service de M. Velpeau, ont succombé. La première est morte des suites d'une pleurésie; il n'y a point eu d'accidents consécutifs; mais il y avait luxation en arrière par le fait de l'opération, et la malade n'aurait probablement tiré que peu de profit de celle-ci. L'autre malade, qui était une jeune fille, avait une escarre qui pénétrait jusqu'au fémur, dont le condyle interne avait été brisé; une vaste suppuration s'est établie dans le genou. Les parents et M. Louvrier ont retiré cette malade de l'hôpital: des symptômes d'infection purulente sont survenus, et elle est morte dix jours après; il n'y a pas eu d'autopsie cadavérique.

Note sur l'anthrakokali et sur l'emploi de ce médicament nouveau dans quelques éruptions herpétiques, par M. le D. Polya, traduite par le D. Maxime.

On a, en général, peu de foi aux médicaments qui viennent d'outre-Rhin, et voici qu'on vient nous en offrir un fort singulier, et suivi, bien entendu, comme tous les autres d'une longue série de succès. Ne nous hâtons cependant pas de prononcer trop vite; l'auteur du nouveau moyen thérapeutique n'est point simplement un théoricien comme il y en a trop en Allemagne, et peut-être trop peu en France: c'est un praticien distingué d'une grande ville, médecin en chef d'un hôpital où entrent tous les ans six cent cinquante à sept cents malades, dont un très-grand nombre présentent des affections cutanées chroniques. C'est après un examen de plus de trois années, que M. Polya a présenté son travail.

En examinant les antécédents de ces affections, les succès et les échecs qu'il a eus dans leur traitement, il a trouvé: 1° que beaucoup de maladies de la peau se développent sans cause appréciable; 2° que la gale avait souvent précédé le développement de quelques-unes; 3° que beaucoup d'entre elles naissent et persistent sous l'influence des vices syphilitiques et scrofuleux. Il a trouvé que celles de ces maladies qui avaient succédé à la gale, se trouvaient bien du soufre, mais qu'elles récidivaient souvent sous d'autres formes, tout en conservant la modification que leur avait d'abord imprimée le traitement sulfureux; le mercure et l'iode lui ont paru aussi suivis des mêmes effets, dans les affections cutanées d'origine syphilitique ou scrofuleuse. Il fallait donc des médicaments qui achevassent le traitement commencé par ces spécifiques, et il fallait un spécifique pour le vice herpétique, *incertæ originis*. Après avoir essayé le soufre doré d'antimoine et le carbure de fer, il en vint au charbon de terre, qui eut plus de succès que les deux précédents; il chercha à le rendre soluble, en l'unissant avec la potasse caustique, et cette nouvelle préparation a, dit-il, surpassé ses espérances.

Le nom de cette fameuse substance est *anthrakokali* (de anthrax charbon, et *kali*, potasse). L'anthrakokali est simple ou sulfuré; voici comment le simple se prépare: on dissout du carbonate de potasse dans dix ou douze parties d'eau bouillante; on jette successivement dans cette solution autant de chaux éteinte qu'il en faut, pour mettre la potasse à nu; on obtient, par cette manipulation, de la potasse caustique, du carbonate de chaux insoluble; on filtre le liquide, on le met de suite sur le feu dans un vase de fer, et on le laisse évaporer jusqu'à ce qu'il ne se forme plus d'écume et d'effervescence, et que le liquide présente une surface unie comme l'huile; on y mêle ensuite, en agi-

tant la poudre porphyrisée, du charbon de terre à la dose de cent soixante grammes de charbon, pour cent quatre-vingt-douze grammes de potasse. On retire alors le vase du feu, et on continue d'agiter la préparation avec un pilon, jusqu'à ce qu'elle se soit convertie en une poudre noire homogène, que l'on conserve en lieu sec, dans des flacons préalablement chauffés.

Pour préparer l'anthrakokali sulfuré, on mélange soigneusement seize grammes de fleurs de soufre avec le charbon de terre.

Pour ce qui est des propriétés physiques de ce nouveau composé, nous dirons seulement que l'anthrakokali est une poudre noire, très-tenue, communiquant sa couleur au doigt appliqué sur elle, d'une saveur sous-alcaline, âcre, produisant sur la langue une sensation de brûlure; l'anthrakokali simple est inodore, ou d'une odeur de suie; le sulfuré est d'une odeur hydrocyanique. Ils sont susceptibles de s'altérer à l'humidité par la potasse caustique.

Action. — Quelques malades éprouvent, dès la première nuit, des chaleurs passagères avec accélération du pouls, suivies de sueurs générales, et de sensation d'ardeur à la peau. Ces symptômes ne s'observent ordinairement que du cinquième au septième jour, quelquefois plus tard; ces sueurs sont le plus souvent chaudes, rarement froides, et n'entraînent après elles ni faiblesse ni pâleur. Elles sont *générales* un nombre indéterminé de nuits, et lorsqu'elles ont cessé, il en succède de *partielles* qui sont chaudes ou froides, et reviennent pendant un temps plus ou moins long, souvent jusqu'à l'extinction de la maladie.

Quand apparaissent les sueurs nocturnes, les plaques dartreuses augmentent, s'animent et sécrètent davantage; il survient même de nouvelles éruptions, accompagnées de prurit nocturne, ou bien un urticaire ou un érysipèle. Chez certains malades, il se forme des vésicules prurigineuses qui disparaissent le matin; au bout d'un certain nombre de jours, ces symptômes locaux diminuent, et quand la dartre est sans complication, il y a amélioration manifeste; lorsqu'elle est intense, il revient de temps en temps des exacerbations qui, chose étrange, coïncident très-souvent avec le retour de la pleine lune.

Cette réaction générale et locale n'est que palliative; pour amener la guérison complète, il faut qu'elle soit portée à l'état fébrile; on n'y arrive qu'en saturant l'économie d'anthrakokali bien au delà de la cessation des sueurs. Alors l'éruption reprend une activité plus grande que jamais; à mesure que la fièvre s'apaise, elle diminue, et la guérison fait des progrès lents, mais sûrs. Lorsque la réaction est trop violente, on suspend ses remèdes, et on amortit ses effets par l'emploi du nitre.

Ce médicament n'altère pas les fonctions digestives.

Les effets de l'anthrakokali simple sont plus lents mais plus sûrs que ceux du sulfuré; ce dernier convient plus spécialement aux dartres qui ont la gale pour principe.

La durée de la cure, chez les malades jeunes et dont le régime est végétal, est ordinairement de six mois au plus; mais s'il a de quarante à soixante ans, il faut continuer le remède douze et même dix-huit mois.

Une fièvre accidentelle est une contre-indication à l'emploi de l'anthrakokali; il peut d'ailleurs très-bien s'administrer en même temps que le mercure et le soufre.

Le régime doit être purement végétal, sans acides et sans viande; l'usage de l'eau est très-utile.

Le docteur Polya fait remarquer que son médicament n'est spécifique que contre les dartres simples, et que, dans le cas de dartres compliquées, on doit lui associer le traitement approprié.

Voici la formule pour les dartres simples:

Anthrakokali simple.	10 centig.
Carbonate de magnésie.	25 centig.

Trois de ces doses par jour.

La lèpre se combat par l'anthrakokali et le soufre doré d'antimoine. Si la dartre est compliquée de diathèse cancéreuse, on combine l'iode à l'anthrakokali et aux fleurs de soufre.

Les *scrofules* qui ont résisté à l'iode, au mercure et au soufre, cèdent facilement à l'anthrakokali; il guérit promptement aussi les *concrétions tophacées* de la goutte, les gonflements articulaires rhumatismaux, et les hydrarthoses non purulentes; les *rhumatismes chroniques* sans fièvre se trouvent également bien de l'usage prolongé de ce médicament.

Études expérimentales et pratiques sur le nitrate d'argent fondu et sur la cautérisation des rétrécissements de l'urèthre, indurés, calleux, ordinairement infranchissables, faite avec une pâte caustique, par J.-J. Cazenave, de Bordeaux.

L'auteur commence son mémoire par une observation qui a donné lieu aux recherches auxquelles il s'est livré depuis sur le nitrate d'argent. Cette observation, tirée de sa pratique particulière, est insérée dans le neuvième volume des *Archives de médecine*, Paris, 1832. Nous n'en présentons ici que l'analyse.

Un médecin recommandable de Bordeaux fit sur un malade affecté d'un rétrécissement du canal de l'urèthre, M. E...., soixante-douze cautérisations dans l'espace de six mois, sans en obtenir le moindre effet, soit en bien, soit en mal.

Vers ce même temps un ami du malade avait, au contraire, été guéri de plusieurs

rétrécissements par M. Cazenave, au moyen de la cautérisation.

L'auteur fut alors appelé par M. E...., conjointement avec le médecin ordinaire. Ce dernier, ayant encore cautérisé sans fruit, insista pour que M. Cazenave cautérisât lui-même. A peine le nitrate d'argent de l'auteur avait-il touché le rétrécissement, que le malade accusa une chaleur dont il n'avait jamais eu la conscience jusque-là. Quatre cautérisations amenèrent une guérison durable.

Cependant le confrère de M. Cazenave avait cautérisé selon toutes les règles. Toute la différence était que chacun s'était servi de son propre caustique, et celui dont on s'était servi pendant six mois, et avec si peu de fruit, consistait dans de petits cylindres bossués, inégaux, et réduits à un beaucoup plus petit calibre que celui des lingotières dont on se sert ordinairement pour couler le nitrate d'argent. La cassure en était terne et d'un aspect pulvérulent, au lieu d'offrir des aiguilles brillantes et rayonnées.

Le nitrate d'argent, dans le commerce, contient toujours du cuivre qui le rend délitescent, ou bien on le falsifie avec du nitrate de potasse qui diminue beaucoup sa propriété caustique. On sait, d'un autre côté, que beaucoup de pharmaciens ont l'habitude de le conserver dans la graine de lin. Or, cette substance organique absorbe à la longue une quantité de nitrate d'argent assez considérable pour produire de petites excavations à la surface du cylindre. Deyeux a vu la mort produite par cette graine de lin avec laquelle on avait préparé un remède interne.

M. Cazenave fit analyser par M. Fauré, habile chimiste de Bordeaux, deux petits cylindres de nitrate d'argent qu'il avait pris chez un pharmacien de Bordeaux et qui sortaient du même flacon contenant de la graine de lin. M. Fauré dit que ces deux cylindres n'étaient pas identiques, que l'un contenait plus d'oxide de cuivre que l'autre; que les impuretés contenues dans le premier étaient d'un trentième de son poids, tandis qu'il y avait un dixième d'argent à l'état d'oxide ou de métal dans le second; que la différence d'action entre ce nitrate et celui de l'auteur était de plus d'un dixième en moins, à cause de l'état dans lequel se trouvait l'argent, et à cause des impuretés; enfin, que lorsqu'on liquéfiait du nitrate d'argent ainsi altéré, l'oxide d'argent étant plus léger que le sel, venait toujours à la surface, et ne cautérisait point du tout les points de la surface muqueuse sur lesquels on l'appliquait.

Plus tard, M. Cazenave eut occasion de traiter plusieurs malades cautérisés par M. Lallemand. L'un d'eux, homme de mérite et bon observateur, s'aperçut de suite que le nitrate d'argent de l'auteur n'avait pas du tout l'aspect de celui du professeur de Montpellier. Il s'en procura d'absolument semblable à celui de M. Lallemand, et voici ce que M. Fauré lui écrivait à ce sujet le 17 septembre 1838.

« J'ai acquis la certitude que le nitrate d'argent que vous m'avez remis est pur. Sa blancheur vient de ce qu'il n'a subi qu'une liquéfaction à un feu modéré, et qu'il conserve encore un peu d'eau de cristallisation qui le rend plus soluble. A chaque application qu'on en fait il s'en dissout une plus grande quantité que du nitrate ordinaire; de là vient sa plus grande énergie. »

M. Fauré en a préparé d'aussi blanc, et même de plus blanc que celui de M. Lallemand. Il en prépare à divers degrés de concentration, ainsi que l'a éprouvé M. Fauré, bien qu'il ne cautérise plus qu'assez rarement les rétrécissements de l'urèthre.

M. Cazenave a recours à un nouveau moyen pour cautériser les rétrécissements durs, calleux, à ouvertures *indilatables*. C'est une pâte caustique que lui a préparée M. Fauré en 1832.

En voici la formule :

Prenez : Poix blanche bien pure, 15 gr.
Cire blanche 8 gram.
Huile d'amandes douces, 2 gram.

Faites liquéfier à une douce chaleur dans une capsule en porcelaine, sortez le vase de dessus le feu, remuez avec un tube en verre jusqu'à ce que le mélange ait acquis une consistance pâteuse, et incorporez-y :

Nitrate d'argent fondu en croûte, vingt-six grammes.

Lorsque l'union sera parfaite, on mettra la pâte dans un pot hermétiquement fermé; on ne doit plus s'en servir quand elle est préparée depuis plus de six mois.

Voici comment M. Cazenave use de cette préparation : quand le rétrécissement est capillaire, il prend une corde à boyau ayant le diamètre d'une chanterelle de violon, il arrondit le bout avec de la pierre ponce, et fait avec un canif sept à huit petites entailles sur l'extrémité qu'il doit faire pénétrer dans l'urèthre; il prend alors un peu de pâte, et en enduit l'extrémité de la corde à boyau, entaillée dans l'étendue de six, neuf lignes, et jusqu'à un pouce, selon les cas; cela fait, il huile un peu la surface du caustique, introduit la corde à boyau dans un conducteur, dont le diamètre doit être tel que la pâte ne soit ni pressée, ni refoulée par le frottement avec ses parois internes, et la fixe au niveau de l'extrémité urétrhale de ce conducteur, avec un petit curseur à vis de pression. Alors il huile le tube en gomme élastique, et le pousse doucement dans l'urèthre jusqu'au rétrécissement, contre lequel il appuie un peu avec la main gauche, tandis qu'avec la main droite, et après avoir dévissé le curseur, il pousse lentement la corde à boyau dans le pertuis, et l'y laisse environ une minute et demie, ou moins, si la cuisson est trop forte. Au fur et à mesure que le rétrécissement est élargi, il augmente la grosseur

des cordes à boyau. Ce mode de traitement paraît lui avoir réussi, ou du moins lui a toujours permis de dilater assez les rétrécissements pour cautériser ensuite comme on le fait ordinairement ; il dit être parvenu, dans tous les cas, à soulager beaucoup de malades que ni d'autres ni lui n'avaient pu guérir par les moyens conseillés jusqu'ici.

Observations supplémentaires sur l'anthrakokali, communiquées par M. le docteur M. M. Jacobovics.

Il paraîtrait que l'anthrakokali n'est pas aisé à préparer. Les pharmaciens réussissent difficilement, soit parce qu'ils se servent de la potasse caustique du commerce, soit parce qu'ils emploient un charbon de terre de mauvaise qualité. Il faut, pour que le composé soit bon, que vingt-cinq centigrammes de cette substance soient presque entièrement solubles dans trente grammes d'eau distillée, et que le mélange, même après avoir été filtré, conserve une couleur brun noirâtre. M. Caventou a fait, sous les yeux de l'auteur, un essai qui n'a pas très-bien réussi. M. le docteur Mandl a rapporté de Hongrie un échantillon d'anthrakokali parfait, qu'il a obtenu de M. Polya lui-même.

Le charbon doit être très-noir, très-léger, bien porphyrisé à plusieurs reprises, et devra être mélangé avec la potasse caustique aussitôt après la préparation de cette dernière.

Le reste de la note est consacré à prouver l'assertion du docteur Polya, que des dartres peuvent se développer sous l'influence de la gale.

Les raisonnements sont longs en faveur de cette hypothèse, qu'il est aussi embarrassant de nier absolument, que de soutenir absolument aussi. MM. Polya et Jacobovics arrivent à cette conclusion, 1° que la gale, après une certaine durée, tend à affecter toute l'économie, et dès lors son traitement, à cette époque, doit être général plus encore que local; 2° que cette gale *invétérée* exerce une influence spéciale sur les maladies cutanées ultérieures, et, partant, leur traitement doit être modifié en conséquence, et on doit tenir un compte tout particulier de cette gale antécédente.

Qu'importe, du reste, l'origne soit psorique, soit strumeuse, soit syphilitique, d'une affection cutanée, si l'anthrakokali, aidé de moyens hygiéniques, la guérit dans la majorité des cas? Qu'on essaie d'abord cet agent empiriquement, et les théories viendront après. Du reste, M. Jacobovics termine en disant que le talent d'observation du docteur Polya et la consciencieuse probité de ce savant praticien sont des garants qui doivent engager les médecins à répéter ses expériences, si toutefois nos chimistes parviennent à faire l'anthrakokali.

ARCHIVES DE MÉDECINE.

Anatomie pathologique avec modèles en relief, par le D. Thibert, de Seurre.

L'étude de l'anatomie pathologique est regardée de nos jours comme le seul moyen de parvenir à une connaissance exacte des maladies organiques ; elle amène le praticien à diagnostiquer plus sûrement, à apprécier d'une manière moins douteuse le siége et les causes des maladies; cependant, il faut l'avouer, l'importance et les avantages incontestables de l'anatomie pathologique ont été trop généralisés, trop exagérés par quelques enthousiastes.

Pour apprendre avec fruit l'anatomie pathologique, il faut ouvrir des cadavres, observer, revoir souvent les mêmes objets; mais un grand nombre de praticiens sont détournés de s'y livrer par le temps considérable qu'elle exige, les difficultés dont elle est environnée, et surtout les dégoûts inséparables de son étude. Pour obvier à ces inconvénients et faciliter une étude devenue si nécessaire, le docteur Thibert a eu l'heureuse idée de reproduire, par des dessins en relief, la plupart des altérations morbides. Il a représenté les lésions absolument telles qu'elles s'offrent à nos yeux, naturelles autant que possible ; après de longs et de pénibles essais, M. Thibert est parvenu à reproduire les pièces *sur nature ;* « ce n'est pas de l'imitation, dit-il, c'est la représentation réelle. La cire, la gravure ne peuvent être mises en parallèle, car nous offrons les mêmes saillies, le même volume, les mêmes dimensions que la nature. »

L'œuvre du docteur Thibert se présente sous quatre faces également intéressantes : *anatomie pathologique médicale, chirurgicale, médico-légale et comparée.*

L'anatomie pathologique chirurgicale comprendra : 1° les maladies qui, le plus souvent, cèdent à une bonne et sage thérapeutique; 2° celles que l'opération parvient seule à guérir ; 3° enfin celles qui, par leur opiniâtreté et leur intensité, n'offrent aucune chance de succès par la médecine opératoire et par les médicaments.

Il n'est pas besoin d'énumérer les avantages que l'anatomie pathologique médicale peut offrir.

Quant à l'anatomie pathologique légale, M. Thibert doit s'attacher à la reproduction des organes lésés par des poisons ou par des médicaments; ce sera une œuvre assurément utile, que de jeter quelque clarté sur cette partie de la science.

Enfin, l'anatomie pathologique comparée sera une source féconde, où le physiologiste pourra puiser des connaissances importantes.

Déjà un grand nombre de pièces pathologiques ont été reproduites d'une manière parfaite, par les procédés ingénieux dont M. le docteur Thibert est l'inventeur. Les vingt premières livraisons sont en vente, et les mo-

dèles sont accompagnés d'observations détaillées, pour l'intelligence des pièces pathologiques.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Cas d'empoisonnement de plusieurs membres d'une famille résidant à la campagne, pour avoir mangé des champignons vulgairement appelés oronges, par M. Pallois.

M. O..... père habitait, depuis le commencement de la belle saison, sa maison de campagne, avec sa femme et sa nièce. Il avait aussi, depuis quelques jours, son petit-fils et sa petite-fille : une jeune fille de 25 à 26 ans les servait à titre de cuisinière.

En se promenant dans son verger, M. O.... remarqua des champignons, qu'il cueillit et qu'il fit apprêter à l'huile et aux fines herbes. Son fils vint le voir ce même jour, et mangea des champignons, qui furent servis à six heures du soir.

Le lendemain matin, M. O.... fils éprouva quelques coliques, puis il eut des vomissements et des déjections alvines ; il envoya chercher M. Pallois, regardant seulement cette incommodité comme une simple indigestion. Il avoua cependant avoir mangé des champignons dont il ne connaissait pas l'espèce; mais il ne témoigna aucune inquiétude sur leur propriété. Le médecin prescrivit le repos et l'usage de boissons délayantes et de lavements émollients.

Le même jour, à 11 heures du matin, on vint chercher M. Pallois pour donner des soins à M. et à Mme O.... et à leur petit-fils, qui étaient incommodés.

L'enfant, qui avait été le premier malade, avait eu, dès le matin de bonne heure, des vomissements et des selles abondantes d'aliments mal digérés, accompagnés de coliques, de pâleur de la face et de refroidissement des extrémités.

Mme O.... était aussi incommodée, depuis le matin, par des vomissements et de la diarrhée; elle avait peu de coliques, mais elle souffrait des douleurs d'estomac. Cette dame, d'une santé délicate, est sujette à des digestions pénibles.

M. O.... père avait bien passé la nuit. Il était sorti, dès 6 heures du matin, pour se promener dans le jardin et dans le parc; mais, sur les 8 heures, il se sentit incommodé. Lorsqu'il rentra, il était pâle et se plaignait d'anxiétés et d'envies de vomir; il se coucha, on lui donna une infusion de thé, et il ne tarda pas à vomir des matières muqueuses et verdâtres, avec quelques parties d'aliments mal digérés. Il eut ensuite des selles abondantes demi-liquides, dans lesquelles on avait remarqué des fragments ou morceaux d'apparence spongieuse et de teinte verdâtre; ces produits avaient été jetés.

Il eut ensuite des déjections alvines répétées de matières d'abord épaisses et ensuite presque aqueuses, de teinte verte, puis noirâtre, mais sans douleurs de ventre considérables. Sa figure était pâle, ses pieds et ses mains refroidis.

Les informations sur ce qui avait précédé et la présence de fragments de champignons dans les selles ne laissèrent plus de doute au médecin sur la cause de cette série d'accidents.

Les vomissements furent remplacés par de simples vomituritions, mais avec faiblesse générale; il survint une soif ardente, avec sécheresse âpre de la gorge et de la bouche; des crampes aux mollets et à la plante des pieds; la face était contractée et pâle, les membres étaient refroidis et livides, l'urine était supprimée et le pouls s'éteignait. La nuit se passa dans cet état, avec des intervalles d'affaissement, mais sans assoupissement ni délire; la connaissance était parfaite.

Le lendemain matin et dans le reste de la journée, les symptômes parurent s'amender un peu; mais, vers le soir, pendant la nuit, et surtout le jeudi matin, les accidents reparurent avec une intensité désespérante. Les déjections alvines, tout-à-fait liquides, étaient teintes d'un sang noir foncé; la contraction des traits de la figure, l'aphonie, la cyanose d'un bleu foncé, le froid glacial de la face et des membres, offraient l'aspect effrayant de la dernière période du choléra-morbus. Sur les 6 heures du soir, l'affaissement fit des progrès rapides; le malade conservait cependant encore sa connaissance : il succomba à 8 heures, après une légère agonie stertoreuse de 30 à 40 minutes de durée.

M. O.... fils, qui avait été, après son malheureux père, le plus violemment incommodé, éprouva pendant cinq jours de suite, mais à des degrés insensiblement décroissants, des coliques, des vomituritions, des selles muqueuses, de teinte verdâtre, sanguinolentes; il eut, le quatrième jour, une selle de sang presque pur, des refroidissements accidentels des membres, de la tendance à défaillir. Pendant la durée de ces accidents, le symptôme qui a le plus fatigué M. O.... fils était une insomnie, qui fut en vain combattue par de légers hypnotiques.

Mme O...., qui avait été gravement incommodée, eu égard à sa complexion, éprouva une réaction fort heureuse. Les vomissements et les selles cessèrent entièrement le quatrième jour; il y eut de la fièvre et une chaleur halitueuse; une céphalalgie obtuse et fatigante fut puissamment soulagée par une saignée du bras de 4 onces.

Le petit garçon vomit pendant trois jours de suite, mais seulement les boissons qu'il prenait; il eut des selles aqueuses de teinte grisâtre, sans de grandes coliques. Il est resté faible et pâle, et a commencé à prendre un peu d'aliments légers dès le cinquième jour de l'accident.

La cuisinière, en lavant, le soir, la vais-

selle qui avait servi au repas, avait jeté quelques morceaux restés sur les assiettes. Ces restes ont été mangés par un jeune chien de chasse, qui a succombé au bout de 10 à 12 heures de vomissements, d'angoisses et de convulsions. Un chat a eu le même sort.

Thérapeutique employée. — M. Pallois s'est borné à favoriser la déplétion au moyen des boissons théiformes, de l'eau sucrée avec un peu d'eau de menthe poivrée, à débarrasser le ventre par des demi-lavements laxatifs huileux. M. O.... père avait, selon lui, assez vomi et assez été à la garde-robe pour qu'on pût s'abstenir de vomitifs et de purgatifs.

Il tenta de ramener les forces vitales et de rappeler la chaleur à la périphérie par des applications d'étoffes chauffées, de cataplasmes fortement sinapisés sur les pieds, les jambes, les cuisses et le ventre. Il rubéfia la région épigastrique avec un liniment ammoniacal, donna successivement des potions avec les eaux distillées fragrantes, le sirop de kina, l'éther sulfurique, la teinture de castoréum, le sirop de vinaigre framboisé étendu d'eau. Tous ces moyens ont été insuffisants.

M. O.... fils a pris des boissons délayantes, des lavements émollients; plus tard des potions gommeuses éthérées, quelques-unes légèrement laudanisées; des lavements laxatifs, et ensuite préparés avec l'amidon, le jaune d'œuf, etc. Peu à peu des bouillons de poulet légers, de gruau d'avoine, ont eu pour but de réparer l'épuisement causé par les déjections.

Mme O.... a été traitée par les adoucissants, les mucilagineux, les solutions gommeuses, les topiques émollients sur l'épigastre, de légers sinapismes, promenés sur les jambes, les pieds et les genoux.

Tels ont été aussi, avec quelques modifications, les soins donnés au petit garçon, qui, en ce moment, ne conserve de l'accident qu'un peu d'amaigrissement et de pâleur.

Revue des journaux étrangers.

Quatre cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte, et un cas de hernie diaphragmatique; par John Reid, professeur de physiologie, président de la Société Anatomique, etc.

L'auteur a eu occasion de faire l'autopsie, depuis dix-huit mois, de neuf individus affectés d'anévrisme de la crosse de l'aorte. Quatre de ces cas lui paraissent devoir intéresser le public médical, sous le rapport de l'anatomie pathologique.

1er CAS. *Anévrisme de l'aorte, s'ouvrant dans l'oreillette droite*, chez un homme de trente-cinq ans, adonné aux boissons spiritueuses. La moitié supérieure du corps, et surtout la face et le cou, étaient livides et œdémateux. Il mourut subitement peu de jours après son entrée; à l'autopsie on trouva un double épanchement pleurétique. Le ventricule gauche était dilaté, et toutes les parois du cœur épaissies. L'anévrisme comprimait la veine cave supérieure près de son origine, et communiquait avec l'oreillette droite et l'origine de la veine cave supérieure par deux ouvertures ovales à bords arrondis; il est probable que l'œdème de la moitié supérieure du corps, et le double épanchement pleurétique étaient dus à la compression exercée par la tumeur anévrismale sur la veine cave supérieure.

2me CAS. *Anévrisme de l'aorte, communiquant avec l'artère pulmonaire*, chez un homme de trente six ans, adonné aussi aux liqueurs fortes. La tumeur, de la grosseur d'une orange, s'ouvrait dans l'artère pulmonaire, au moyen d'une fissure longue d'un pouce, et d'apparence récente.

3me CAS. *Anévrisme semblable* chez un homme de soixante ans, qui vint mourir à l'infirmerie; la communication entre l'artère pulmonaire et le sac anévrismal siégeait précisément à l'endroit qu'occupe le canal artéral chez le fœtus; toutefois, M. Reid ne pense pas que cette communication soit un reste de ce canal, d'abord parce que l'aorte était bien réellement anévrismatique, et ensuite parce que l'ouverture de communication était frangée et irrégulière, au lieu d'être lisse et arrondie.

Le 4me cas est un anévrisme qui s'est ouvert à l'extérieur chez un maçon de trente-un ans, pendant qu'il était à la garde-robe; la tumeur s'étendait depuis l'origine de l'aorte jusqu'à la quatrième vertèbre du cou. Cette énorme tumeur ne causait de la dyspnée que par un exercice violent, et n'amenait point de dysphagie, ce qui était probablement dû à ce qu'elle se déjetait en avant et ne portait point en arrière.

Hernie diaphragmatique, produite par une plaie pénétrante.

Une homme de 45 ans fut admis, le 13 septembre 1839, vers midi, à l'infirmerie, dans le service du docteur Shortt; la veille sur les quatre heures du soir, il avait été pris de vomissements, bientôt suivis d'une dypsnée qui n'avait fait qu'augmenter jusqu'au moment de son entrée. Déjà depuis plus d'un an, il éprouvait de temps en temps des douleurs très-vives dans l'hypocondre gauche, et il était sujet à une toux habituelle sans expectoration. A son arrivée, il présentait, outre ces symptômes, une expression d'anxiété extrême, avec un pouls intermittent et à peine sensible.

Extrémités froides et lèvres livides; percussion mate sur toute la surface du poumon gauche; bruit respiratoire insaisissable de ce côté et puéril du côté droit; bruits du cœur perceptibles du côté droit seule-

ment. On ordonna du vin et des sinapismes sur la poitrine et aux pieds. Le malade mourut quatre heures après son admission.

La relation de l'observation cadavérique est extrêmement longue dans l'auteur anglais. Nous ne rapporterons que ce qui a directement trait à la hernie elle-même.

Le poumon gauche était comprimé sur la colonne vertébrale et sur le centre phrénique du diaphragme auquel il adhérait ; côté gauche du diaphragme enfoncé dans l'abdomen ; une masse molle siégeait dans la partie inférieure du côté gauche de la poitrine, et était en rapport avec la surface supérieure du diaphragme. Cette masse n'était autre chose qu'une partie de l'arc du colon lui-même et une masse considérable du grand épiploon, qui avaient traversé le diaphragme par une ouverture à bord calleux, et s'étaient étranglés. En observant avec attention, on trouve à la peau une cicatrice longue d'un demi-pouce à la partie inférieure du côté gauche du thorax. Cette cicatrice conduisait entre la neuvième et la dixème côte à la surface interne de la poitrine, jusqu'à la partie du grand épiploon, qui avait accompagné l'arc du colon, et qui adhérait à cette cicatrice, et pénétrait même dans l'espace intercostal. L'ouverture diaphragmatique aurait difficilement admis l'entrée de trois doigts réunis ; la portion d'arc du colon retenue dans la cavité thoracique avait bien un pied de longueur, était considérablement dilatée ; ses tuniques étaient amincies, noirâtres, et déchirées en un point.

Un ami de cet homme, présent à l'autopsie, dit que, quinze mois auparavant, il avait reçu, à l'endroit de la cicatrice, un coup de tranchet dans une querelle, au sujet d'une femme avec laquelle il cohabitait, et que cette dernière avait été relâchée après le rétablissement apparent du prévenu. Depuis cette époque, il avait été plusieurs fois reçu à l'hôpital pour des symptômes d'iléus, qui, à chaque fois, avaient paru se dissiper.

(*Edinburg journal, janvier* 1840.)

Anasarque du cuir chevelu tirant probablement son origine d'une inflammation chronique des os du crâne. Observations publiées par John Reid.

Cette maladie n'a pas encore été observée, ou du moins n'a pas encore attiré l'attention. L'auteur en rapporte quatre cas tirés de sa pratique, et il dit qu'il pourrait en citer beaucoup d'autres.

Obs. I. — Robert Mitchell, âgé de vingt-six ans, d'une constitution forte, a eu, il y a un an, une attaque de grippe dont il n'a jamais bien guéri. Il se plaint actuellement de malaise et de douleurs vives dans le cuir chevelu ; il est faible, toujours en transpiration, et fatigué d'une toux incommode suivie d'une expectoration muqueuse et de nausées. On l'a saigné huit ou neuf fois copieusement et sans aucun profit pour lui. Le cuir chevelu est mou et lâche dans toute son étendue, mais particulièrement à l'occiput. Si on en pince de larges plis entre les doigts, on sent qu'il est épais et engorgé, et la pression, même assez légère, faite avec le doigt, produit une sensation désagréable de craquement. Le malade offre un aspect cachectique ; cent dix pulsations petites et vives ; langue épaisse et visqueuse ; inappétence ; selles irrégulières et insomnie. On traite par de larges vésicatoires fréquemment répétés sur le cuir chevelu, par le mercure administré comme altérant, par des sels purgatifs, par des amers, et de temps en temps par l'émétique. Il a fallu beaucoup de persévérance, car il s'est passé plus d'un an avant que le malade éprouvât aucune amélioration, et on n'a pas appliqué moins d'une douzaine de vésicatoires avant de faire disparaître la mollesse et les douleurs du cuir chevelu. Long-temps le malade est resté faible, et il a porté deux ou trois ans encore au cou des engorgements probablement dus à la violence de l'irritation produite par les vésicatoires. Actuellement il se porte bien.

Obs. II. — Driburg, maçon de vingt-sept ans, d'une forte constitution, est depuis quelques mois tourmenté par de violentes douleurs de tête qui le rendent impropre au travail. Le cuir chevelu, examiné chez lui, offre les mêmes particularités que chez le malade précédent. Anxiété, abattement, vertiges ; langue sale, inappétence. Selles irrégulières ; pouls vif, toux, transpiration abondante. Les saignées et les purgatifs n'ont rien fait. Le mal a cédé ici en cinq mois à huit vésicatoires et au mercure. Maintenant le malade se porte bien, sauf un reste de sensibilité à la tête.

Les deux autres cas de l'auteur ne présentent aucune différence. Dans l'un, le traitement a duré trois mois, dans l'autre six.

Ce qu'il y a de remarquable chez ces quatre malades, c'est la co-existence de symptômes d'affections choniques du poumon qui, joints aux sueurs et à d'autres signes cachectiques, eussent pu induire le médecin en erreur touchant l'altération primitive que M. Reid rapporte sans hésiter à une maladie du cuir chevelu. Une considération qui milite en sa faveur, c'est que les vésicatoires seuls produisaient de l'amendement ; à chaque application la douleur diminuait et le cuir chevelu reprenait de sa fermeté. Dans ces cas, l'œdème a toujours été borné au cuir chevelu, et bien qu'il parût y avoir tendance à l'anasarque, les autres parties du corps paraissaient plutôt amaigries.

C'est la douleur de tête que l'auteur invoque pour faire rapporter cet œdème du cuir chevelu à une périostite du crâne. Les malades, dit-il, qui ont un œdème des extrémités inférieures se plaignent souvent de douleurs, ce qui dépend, selon lui, de ce que le

périoste de la face extérieure du tibia est affecté. Il rapporte à ce sujet deux observations d'inflammations du périoste de la face antérieure du tibia avec œdème des jambes et douleurs vives. Le tout céda à l'application de quatre ou cinq vésicatoires.

(*Ibid.*)

Cas de presbyopie subite et de courte durée chez un jeune garçon, par James Hunter.

Un jeune garçon très-intelligent, âgé de neuf ans et demi, allait à l'école depuis plus de trois ans, où il se distinguait par son amour du travail, lorsque tout à coup, et sans cause connue, sa vue baissa tellement, dans le cours de quatre jours, qu'il ne pouvait plus lire les caractères ordinaires à l'œil nu. Sa santé était néanmoins meilleure que jamais.

L'auteur examina ses yeux trois semaines après le commencement de cette étonnante presbyopie, et n'y vit rien qui pût l'expliquer. L'enfant distinguait les objets éloignés aussi bien qu'auparavant. Avec les lunettes de son père il recommençait à lire les caractères fins, mais les objets éloignés devenaient obscurs. Ces lunettes, dont le foyer était à neuf pouces de distance, lui étaient si commodes, qu'il se les était en quelque sorte appropriées pour continuer ses lectures favorites.

On le purgea avec la rhubarbe et le calomel; puis, comme il ne rendit pas de vers, on lui administra deux fois par semaine le sulfate de magnésie avec le séné; on prescrivit, en outre, une diète légère, de l'exercice au grand air, et on lui interdit toute sorte d'étude et l'usage de ses lunettes. Au bout de six semaines la vue commença à s'améliorer, et son retour complet fut l'ouvrage de deux jours. Depuis il est retourné à l'école et a repris ses habitudes ordinaires.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions longues, mais qui n'excitent que peu d'intérêt.

(*Ibid.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 17 mars.)

Accouchement prématuré artificiel chez une naine.

M. Capuron demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il revient sur le fait dont il a communiqué à l'Académie les détails dans la dernière séance; le bassin avait huit pouces et demi dans son grand diamètre transversal bis-iliaque, trois pouces neuf lignes d'avant en arrière au détroit supérieur, près de quatre pouces dans tous les diamètres du détroit inférieur. Il rapproche de l'observation qu'il a citée celle de Solayrès, dans laquelle une femme accoucha naturellement avec un bassin qui n'avait que deux pouces et demi au détroit supérieur. M. Capuron ne pense pas que les deux cents faits sur lesquels s'appuie la doctrine de l'accouchement prématuré artificiel soient suffisants; les éléments n'ont pas été convenablement analysés, ni étudiés avec assez de sévérité; il persiste à croire que l'enfant présenté par M. Dubois à l'Académie serait venu tout aussi bien à terme, et sans danger pour la mère, etc.

Empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. Orfila rapporte brièvement à l'Académie le résultat de deux expériences qui ont été faites depuis la lecture de son mémoire sur l'empoisonnement par le tartre stibié. Un chien qui avait pris neuf décigrammes d'acide arsénieux a succombé au bout de deux heures; tous les organes analysés ont donné des quantités notables d'arsenic; l'urine n'en renfermait pas un atome. Dans une deuxième expérience, un décigramme d'acide arsénieux, appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, a déterminé l'empoisonnement et la mort au bout de trente-six heures; tous les organes, moins le cerveau, renfermaient de l'arsenic; l'urine en contenait une quantité notable.

(Séance du 24 mars.)

M. Chervin lit, en son nom et en celui de M. Rochoux, un rapport *sur quelques extraits historiques et médicaux* des journaux de M. Levicaire, deuxième médecin en chef de la marine. Le rapporteur conclut à ce que l'Académie remercie M. Levicaire de sa communication, dépose honorablement son manuscrit dans les archives, et inscrive son nom sur la liste des candidats pour les places de correspondants (adopté).

Eaux minérales de Vichy.

Au nom d'une commission composée de MM. Guéneau de Mussy, de Lans et Patissier, M. Patissier lit un rapport fort étendu *sur l'emploi des eaux minérales de Vichy dans la goutte.* Le travail de cette commission est établi sur quatre-vingts observations envoyées par M. le docteur Petit, inspecteur des eaux de Vichy.

La commission a classé ces quatre-vingts observations en trois séries :

1re série. — *Dix-neuf observations dans lesquelles l'emploi successif des eaux de Vichy et des boissons alcalines a fait cesser, depuis plusieurs années, des accès de goutte articulaire sans accident consécutif;*

2e série. — *Cinquante et une observations dans lesquelles l'emploi successif des eaux de Vichy et des boissons alcalines a rendu les accès de goutte articulaire moins fréquents, moins longs et moins douloureux;*

3e série. — *Dix cas de goutte articulaire dans lesquels l'emploi des eaux de Vichy a été ou a paru nuisible.*

La commission propose les conclusions suivantes :

1° Les eaux minérales de Vichy prises à la source, soit en boissons à dose convenable, soit sous forme de bains, sont sans inconvénient dans le traitement de la goutte articulaire; loin de nuire, elles atténuent presque constamment cette affection en rendant les accès moins fréquents, moins longs et moins douloureux, et peuvent même prévenir leur retour, si, après la saison des eaux, les malades restent sobres et font un usage presque habituel de boissons alcalines.

2° Que ces eaux ne réussissent pas aussi bien chez tous les goutteux; qu'il est même des cas, objets de recherches ultérieures, plus ou moins rebelles à leur action salutaire.

3° Qu'il résulte des observations recueillies jusqu'à présent et de l'enquête faite avec soin par la commission de l'Académie, que les eaux de Vichy ne produisent aucun accident grave lorsque les malades n'en abusent pas et qu'elles sont administrées avec prudence, la disparition de la *goutte articulaire* étant sans danger quand elle survient sous l'influence du traitement alcalin, et la plupart des goutteux éprouvant même une amélioration sensible dans l'état général de leur santé.

4° Enfin, sur la question de savoir si, comme semblent du reste l'indiquer l'analogie et le raisonnement, les eaux de Vichy présentent dans d'autres espèces de gouttes le même avantage que dans la goutte dite articulaire, l'Académie, faute d'un nombre suffisant de faits, doit s'abstenir de prononcer.

(Séance du 31 mars.)

De l'emploi des eaux de Vichy contre la goutte.

M. Patissier monte à la tribune pour soutenir la discussion du rapport. Avant que la discussion s'engage, dit-il, j'ai besoin de rappeler les circonstances qui ont motivé les conclusions adoptées par votre commission; le ministre demande si les eaux de Vichy sont contraires ou favorables à la goutte. Il n'y avait pas d'expériences possibles; nous ne possédions jusqu'à présent rien sur l'efficacité thérapeutique de ces eaux. La goutte est au nombre des maladies les plus réfractaires à toute espèce de traitement; il n'y avait qu'à s'en rapporter aux documents qui nous ont été soumis par les inspecteurs des eaux de Vichy, auxquels l'Académie s'est adressée, et c'est ce qu'à fait votre commission. Les faits présentés par M. Petit méritent toute votre confiance.

—M. Bousquet s'élève contre les conclusions du rapport, qui sanctionnent les observations de M. Petit au détriment de l'opinion de M. Prunelle, dont on n'a pas tenu compte. M. Prunelle professe l'opinion qu'on ne peut pas guérir la goutte; la conclusion ne peut donc être que provisoire; on ne peut que dire qu'on n'a pas, jusqu'à présent, observé d'inconvénients de l'administration des eaux de Vichy. Mais les faits sur lesquels s'appuie le rapport ne datent que de trois ans; on ne peut se prononcer d'une manière aussi absolue que l'a fait la commission.

—M. Castel: Pour bien juger la question qui se débat en ce moment, il faut prendre en considération les antécédents, les faits, l'analogie et la vogue. Je commencerai par les antécédents: un médecin qui arrive en qualité d'inspecteur à un établissement d'eaux minérales a un intérêt d'amour-propre à les faire *mousser*. J'arrive aux faits: on a d'abord commencé par prôner l'usage des eaux de Vichy contre la goutte; ceci était déjà fort contestable: les eaux alcalines augmentent la quantité d'urate de chaux, elles doivent donc produire un résultat contraire de celui qu'on espère. Après ce premier essai, on est passé à la goutte; on a dit que les eaux de Vichy guérissent la goutte: d'abord la plupart des eaux minérales préviennent ou modifient la goutte pour quelque temps. Mais quels sont les malades qui vont à Vichy? Ce sont des malades affectés d'une goutte atonique qu'on ne peut réellement décorer du nom de goutte. On invoque quatre-vingts observations; ce chiffre est imposant, mais il ne suffit pas contre les arguments de la physiologie.

Je demande que cette question ne soit pas jugée, parce qu'elle n'est point susceptible de l'être.

—M. Double: La pensée de considérer la goutte comme dépendant d'un acide, et l'idée de combattre cette maladie par les alcalis, n'est point neuve; elle est consignée dans la science depuis plus de deux siècles; les eaux de Vichy elles-mêmes ont été proposées, il y a deux siècles environ, contre la goutte.

La goutte est une maladie fort variable; de plus il y a, selon les diverses périodes de ce mal une grande différence dans l'organisme du même goutteux qui est actuellement sous le poids de la crise ou de l'accès, qui est loin de la crise, ou qui est dans la période d'imminence de cette crise: et contre ces différents états pathologiques, l'action des eaux de Vichy est loin de produire les mêmes résultats.

En terminant, M. Double déclare que les conclusions de la commission sont trop positives, trop explicites, trop favorables; elles ont besoin d'être présentées avec plus de réserve.

—M. Ferrus: La commission est allée trop loin dans ses conclusions; ne possédant que les faits de M. Petit, elle devait s'abstenir. Je demande en conséquence que la commission se borne à dire que les observations de M. Petit méritent toute la confiance de l'Académie.

— M. Guéneau de Mussy défend le rapport, et en approuve les conclusions.

— M. le président clôt la discussion, et engage le rapporteur à relire ses conclusions.

—M. Ferrus propose de substituer à ces conclusions celle-ci: l'Académie a donné toute son attention à l'examen des faits qui lui ont été soumis, et en a reconnu l'exactitude.

—M. Adelon voudrait qu'il fût exprimé que les trois premières conclusions, sous forme de propositions, reposent sur quatre-vingts observations seulement. Il propose l'amendement suivant: ces quatre-vingts observations, suffisantes pour constater les bons effets des eaux de Vichy, ne le sont pas pour décider à fond la question.

—M. Bouillaud propose, à peu près dans les mêmes termes, un amendement qui est adopté.

(Séance du 7 avril.)

Observation d'un cas d'anévrisme de l'aorte descendante.

M. Chervin lit, sous ce titre, une observation communiquée à l'Académie par M. Follet, médecin en chef de l'hôpital de la marine de St-Denis (Ile-Bourbon). Cette observation est remarquable par l'étendue de la tumeur anévrismale, la rapidité de ses progrès, et les désordres anatomiques qui l'ont suivie. La tumeur envahissait tout le côté droit du thorax; elle s'étendait depuis la clavicule jusqu'à la deuxième côte asternale, de haut en bas, et de dedans en dehors du sternum au niveau de l'angle des côtes. Le cœur était ramolli, aminci et réduit de volume. Le poumon droit, en grande partie caché par la tumeur, refoulé dans la partie postérieure de la poitrine, était extrêmement aminci et réduit à un très-petit volume, et complètement hépatisé; on avait fait usage du traitement de Valsalva, ce qui n'empêcha pas la maladie de faire des progrès très-rapides. Le malade succomba subitement à la rupture brusque de cette tumeur.

Empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. Chevalier lit, au nom de M. Caventou et au sien, un rapport sur deux mémoires médico-légaux,

relatifs à deux cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui avait succombé à des symptômes qui firent soupçonner un empoisonnement. On trouva à l'autopsie une excessive inflammation des organes digestifs; mais on ne sut pas y constater la présence de l'arsenic. M. Orfila procédant à un deuxième examen, découvrit, au moyen de l'appareil de Marsh, une grande quantité d'arcide arsénieux dans les tissus.

Le deuxième cas est relatif à deux enfants qui succombèrent à des symptômes d'empoisonnement après avoir avalé des boulettes destinées à faire périr des animaux malfaisants. Les viscères et le sang ont fourni des taches arsenicales à l'appareil de Marsh : les membres n'en ont pas fourni.

Le rapporteur conclut à ce qu'on remercie les auteurs de ces deux mémoires, également bien faits et à la hauteur de la science.

Adopté.

De la prostatite chronique.

M. Leroy d'Etiolles lit un mémoire, résumé d'un travail sur les maladies de la prostate, et spécialement sur la prostatite lente ou chronique.

Everard Home est le premier qui ait attiré l'attention sur les altérations de la prostate, mais il ne l'a fait que d'une manière incomplète.

Selon M. Leroy d'Etiolles, la prostatite est généralement confondue avec quatre maladies différentes, suivant les périodes auxquelles on l'observe : dans la première période avec un calcul, puis l'absence du calcul étant constatée avec une névralgie de la vessie; dans la deuxième avec un rétrécissement de l'urèthre; dans la troisième avec le catarrhe de la vessie; et dans la quatrième avec la paralysie de la vessie.

Une vingtaine de pièces pathologiques fort curieuses, et des dessins, sont mis sous les yeux de l'Académie par M. Leroy.

On peut y voir une grande variété de formes des tumeurs prostatiques, ayant donné lieu pendant la vie à des rétentions d'urine, attribuées pour la plupart à des paralysies de vessie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 2 mars 1840.)

Sur un signe nouveau dans l'histoire des hernies étranglées, à l'aide duquel on peut reconnaître si l'intestin est compris dans le sac herniaire, et à quelle portion du canal intestinal appartient l'anse étranglée, par M. Laugier.

L'observation a conduit l'auteur aux conclusions suivantes sur le diagnostic différentiel des hernies épiploïques ou intestinales, de celles où le bout supérieur contient le gros intestin ou l'intestin grêle.

1° Dans la hernie épiploïque, avant le développement de la péritonite, le ventre est souple, flasque même dans les environs de la hernie; point de météorisme.

2° Le météorisme se montre dès les premières heures de l'étranglement de la hernie intestinale.

3° Quand la hernie contient le gros intestin, le bout supérieur étant constitué par la presque totalité du canal intestinal, le météorisme est général et donne au ventre une forme presque cylindrique.

4° Si l'intestin grêle est seul dans le sac herniaire, ou avec l'épiploon seulement, les flancs et la région épigastrique sont souples et déprimés; le ballonnement du ventre occupe les régions hypogastrique et ombilicale; il est sphérique ou à peu près.

5° Lorsque l'étranglement de l'intestin grêle porte sur une partie du canal plus voisine de l'estomac, le ballonnement du ventre est moins prononcé pour la durée même de la maladie, car le bout supérieur est plus court.

6° Il en résulte que dans la hernie *crurale*, et dans quelques hernies inguinales, il faut se hâter alors de réduire ou d'opérer; car si, par le développement de la gangrène intestinale, un anus contre nature avait lieu, sa proximité de l'estomac le rendrait plus grave pour le malade. Or, un météorisme peu étendu, circonscrit, dans le voisinage de la hernie, inspire ordinairement une sécurité qui peut devenir très-fâcheuse. C'est, au contraire, le météorisme général ou très-étendu qui permet des délais, puisqu'il indique l'incarcération d'un intestin éloigné de l'estomac.

Ces considérations ne portent, du reste, aucune atteinte au principe général, qui consacre l'utilité des opérations qui ne sont pas tardives.

7° Les caractères du météorisme sont plus tranchés dans les jours qui précèdent la péritonite générale.

M. Laugier ajoute que c'est l'observation clinique qui l'a conduit à formuler ces propositions. La lecture des observations d'Astley Cooper les a confirmées, notamment en ce qui concerne l'épiplocèle étranglée.

(Séance du 9 mars.)

Instrument destiné à l'extraction des fragments de sonde et autres corps longs et minces tombés dans la vessie; présenté par M. Leroy d'Etiolles.

M. Leroy d'Etiolles prétend avoir extrait, à l'aide de ces instruments, sans incision, différents corps de forme allongée qui étaient tombés dans la vessie. En raison de la forme des mors, l'épingle ou la tige métallique saisie en travers est forcée de tourner sur elle-même pour s'incliner dans la direction de l'instrument qui l'entraîne, direction qui est aussi celle du canal par lequel elle doit sortir.

—MM. Larrey et Roux sont nommés rapporteurs.

(Séance du 16 mars.)

M. de Humboldt, dans une lettre à M. Arago, annonce la mort de M. Olbers, un des associés étrangers de l'Institut. Il s'occupait spécialement d'astronomie physique. Sa mort a été douce. C'était un homme très-spirituel et de beaucoup d'élévation et d'indépendance de caractère.

—M. le lord Provost, de la ville de Glasgow, et MM. les membres de l'Association britanique pour l'avancement des sciences, composant cette année le bureau de la Société, annoncent à l'Académie des sciences que la réunion pour l'année 1840 aura lieu à Glasgow, et durera du 17 au 24 septembre.

—M. Philips adresse une note sur dix cas de *strabisme convergent* qui ont été guéris par M. Dieffenbach, au moyen de l'opération que ce chirurgien a inventée, et dont il a été fait mention dans le dernier numéro.

(Séance du 23 mars.)

Note sur l'emploi de deux nouveaux procédés propres à déceler et à isoler l'arsenic dans les matières organiques et inorganiques qui en contiennent, par M. Persoz.

Il résulte des recherches exposées dans ce mé-

moire que, l'arsenic renfermé dans un minerai ou dans une substance organique, étant préalablement transformé en arséniate, peut toujours être isolé et séparé, en faisant passer l'acide arsénique à l'état d'*acide arsénieux*, soit par l'acide sulfureux, soit par le chlore ammoniaque. Cet acide arsénieux est ensuite transformé en sulfite arsénieux, au moyen du sulfite hydrique.

Vaccination opérée en 1831 au moyen du cow-pox.

Dans une note adressée par M. Doin, médecin à Romorantin, il est dit qu'au mois de juin 1831, il recueillit du virus vaccin sur le pis d'une jeune vache, et s'en servit pour vacciner le jeune *Bourgeois*, de la commune de Millançay. Cette tentative eut un plein succès. Dix-neuf mois après, il tenta sur le même sujet une seconde vaccination avec du vaccin pris de bras à bras, et cette nouvelle opération n'eut aucun résultat. Ce fait a été constaté par les autorités de la commune de Millançay. L'auteur réclame donc l'antériorité sur des faits semblables que l'on a cités l'an passé. Les résultats qu'il cite ici avaient d'ailleurs été déjà portés à la connaissance du public, par le rapport sur les vaccinations pour l'année 1832.

(Commission pour le concours au prix concernant la variole et la vaccine.)

—M. Jacquemin écrit relativement à un *canal osseux* qui se trouve dans les individus adultes des *oiseaux* bons voiliers, et qui conduit l'air de l'oreille dans la mandibule inférieure.

(Séance du 30 mars.)

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre pour la place vacante dans la section de mécanique, par suite du décès de M. de Prony.

Le nombre des votants est de 53.

Au premier tour de scrutin :

M. Piobert obtient,	50 suffrages;
M. de Pambour,	2;
M. Morin,	1.

M. Piobert, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

NOUVELLES.

PRIX.

Société royale de médecine de Marseille.—La Société propose, pour le concours de 1841, la question suivante :

« Fixer la thérapeutique des maladies des veines. »

La Société désire que messieurs les concurrents :

1° Déterminent autant que possible le traitement à opposer aux diverses maladies des veines, partout où elles sont accessibles à nos moyens thérapeutiques ;

2° Qu'ils éclairent ce traitement par la connaissance des divers états pathologiques du système veineux ;

3° Qu'ils indiquent les affections consécutives aux maladies des veines et les moyens de les prévenir.

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or du prix de 300 fr.

Les mémoires devront être adressés, franc de port, à M. le D. Chargé, secrétaire général, avant le 1er septembre 1841, place du Lycée, 2,

—

Société de médecine d'Anvers.—Dans sa séance du 28 septembre, elle a proposé la question suivante pour le concours de 1841 :

« Donner une esquisse rapide de l'état de la médecine en Belgique, depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours, afin de montrer les services que nos compatriotes ont rendus à l'avancement des sciences médicales. »

Une médaille d'or de la valeur de 300 francs sera décernée à l'auteur de la meilleure réponse à cette question. Les mémoires écrits lisiblement en flamand, français, allemand ou latin devront être remis, *franc de port*, avant le 1er janvier 1841, au secrétariat de la Société. Les auteurs sont tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure, sur un billet cacheté, portant à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de la Société. Il est toutefois loisible aux concurrents d'en faire prendre copie.

Le secrétaire de la Société,

C. Brœck.

—

La Société médico-pratique de Paris a mis la question suivante au concours :

« Apprécier l'influence sur l'organisme sain et malade des divers flux sanguins dont le développement ou la suppression ont été spontanés ou provoqués; déterminer ensuite les lois physiologiques de cette double influence. »

Une médaille d'or de 300 francs sera accordée au mémoire qui remportera le prix. Les manuscrits seront envoyés franco, avec le nom de l'auteur scellé, avant le 1er janvier 1841, et adressés au secrétaire-général M. Lagasquie, place de l'Estrapade, 30.

—

Enseignement.

La nécessité de l'étude des sciences pour préparer à celle de la médecine proprement dite est une chose aujourd'hui tellement reconnue, qu'elle a été sanctionnée par une ordonnance qui exige le grade de bachelier ès-sciences de ceux qui se destinent à la carrière médicale.

Il restait à ceux des élèves qui sortent tous les ans de nos colléges à trouver les moyens de satisfaire à cette obligation nouvelle que la loi leur impose. Il était important, indispensable même, qu'ils trouvassent des établissements dans lesquels ils pussent repasser leurs études scientifiques des colléges, études qui ne sont point aussi avantageuses qu'elles pourraient l'être, vu la multitude de choses qui leur font concurrence.

Des hommes de bonne volonté et de véritable savoir se sont mis à l'œuvre dans le but de faciliter à ceux des étudiants qui se destinent à la pratique de la médecine les moyens de satisfaire à cette nouvelle condition.

Parmi eux se distingue, sans aucun doute, M. le D. Baudrimont, agrégé à la Faculté de médecine. C'est lui qui a su concevoir, sur un plan tout nouveau, un enseignement scientifique large,

propre à développer l'intelligence des élèves, et à leur donner ces idées philosophiques qui manquent trop aux médecins, et sans lesquelles l'étude des faits reste stérile.

L'enseignement préparatoire aux études médicales, fondé et dirigé par M. Baudrimont, comprend les mathématiques, la statique et la mécanique élémentaire, la physique expérimentale, la chimie, la minéralogie et la géologie, la botanique et la zoologie.

Un cabinet de physique bien monté et des collections nombreuses de minéraux, de produits chimiques, de matières médicales et de zoologie, sont constamment placés sous les yeux des élèves, dans l'amphithéâtre même où se font les leçons. Indépendamment de cela il existe, dans le même établissement, des laboratoires munis de tous les instruments possibles pour ceux qui désirent se livrer aux manipulations chimiques.

— M. Boyer, professeur de pathologie externe à la faculté de Strasbourg, demande à prendre la chaire de physiologie, vacante par la nomination de M. Bouisson à la chaire de Dugès, à Montpellier.

— A l'avenir, les candidats au cinquième examen pour le doctorat seront alternativement interrogés dans la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu ou de la Charité, sur les maladies internes, après la visite des malades. L'examen durera une heure pour chaque candidat, au lieu de trois quarts d'heure fixés par l'arrêté du Conseil royal, en date du 26 septembre 1837.

— Le concours pour la chaire d'opérations, laissée vacante par le décès de M. Richerand, s'ouvrira dans le mois de novembre prochain.

— On dit que le projet de loi sur l'organisation médicale a été retiré des cartons, et que M. Cousin s'est engagé à le présenter aux Chambres; mais on ne dit pas si c'est pour cette session.

— Dans la séance de la Chambre des députés du 20 avril dernier, le ministre de l'instruction publique a demandé un crédit de 58,900 fr. pour la création d'une Faculté de médecine à Rennes.

Hôpitaux.

— Il y a dix ans, un service spécial pour le traitement des affections calculeuses fut confié à M. le docteur Civiale, par l'administration des hôpitaux. Le nombre des lits étant devenu insuffisant, elle vient d'agrandir le service des calculeux, et de le compléter en y ajoutant quelques lits pour les femmes. Tous les malades qui se présenteront à l'hôpital Necker seront donc désormais reçus sur-le champ.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 18 mars dernier, M. Malgaigne a été nommé chirurgien à l'hospice de Bicêtre.

ARMÉE.

— Une ordonnance du roi, en date du 24 mars, apporte les modifications suivantes au cadre constitutif du corps des officiers de santé de l'armée de terre.

« Art. 1er. Le cadre constitutif du corps des officiers de santé de l'armée de terre est fixé, pour le temps de paix, ainsi qu'il suit :

Médecins. — Inspecteurs, 2; principaux, 10; ordinaires, 57; adjoints, 36. Total 105.

Chirurgiens. —Inspecteurs, 2; principaux, 24; majors, 231; aides-majors, 402; sous-aides, 460. Total 1,119.

Pharmaciens. — Inspecteur, 1; principaux, 10 majors, 33; aides-majors, 60. Total 104.

Art 2. En temps de guerre, et en cas d'insuffisance du cadre constitutif, calculé pour le besoin du pied de paix, il peut être créé des chirurgiens sous-aides auxiliaires, commissionnés par notre ministre secrétaire-d'état de la guerre, dont le nombre varie suivant les besoins du service. »

— M. Baudens, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille, est nommé en son grade à l'hôpital du Gros-Caillou, en remplacement de M. Poirson, admis à la retraite.

NOUVELLES SANITAIRES.

— La fièvre typhoïde continue de sévir à l'Hôtel-Dieu de Reims; l'infection a atteint une des religieuses de l'hôpital, qui y a succombé le 29 mars.

NÉCROLOGIE.

— M. Marie-Antoine Petit, membre de l'Académie de médecine, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu, docteur régent de l'ancienne Faculté de médecine, vient de mourir. Il était âgé de près de quatre-vingts ans.

— M. le docteur Chrestien, le Nestor des médecins de l'école de Montpellier, vient de terminer sa longue carrière. On sait que c'est lui qui a remis en honneur l'usage des préparations aurifères.

— Les sciences viennent encore de faire une perte qui sera vivement sentie. M. Robriquet, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, et l'un des chimistes les plus distingués de notre époque, a succombé à une congestion cérébrale.

Instruction publique.

(Extrait du registre des délibérations du conseil royal de l'instruction publique.)

Séance du 3 avril 1840.

Le conseil royal de l'instruction publique,

Vu l'ordonnance du 17 mars 1840, qui institue des prix en faveur des élèves des Facultés de droit;

Considérant qu'il importe de coordonner par un réglement universitaire les dispositions déjà en vigueur pour le même objet dans les Facultés de médecine,

Arrête :

Art. 1er. Il sera distribué annuellement dans chaque Faculté de médecine du royaume des prix et des mentions honorables d'après les résultats d'un concours auquel seront seuls admis les élèves faisant partie de l'école pratique de la Faculté.

Art. 2. Le nombre des élèves de l'école pratique dans chaque Faculté est fixé à 150 pour Paris, à 60 pour Montpellier, à 45 pour Strasbourg.

Art. 3. Les élèves de l'école pratique seront divisés en trois classes, et se renouvelleront par tiers chaque année.

Art. 4. Tous les élèves de la troisième classe, même ceux qui auraient été déjà reçus docteurs, sont tenus de se présenter au concours, s'ils ne veulent perdre les avantages attachés à leur titre d'élèves de l'école pratique.

Pourront aussi prendre part au concours les élèves des deux autres classes.

Art. 5. Le concours aura pour objet toutes les

parties de l'enseignement médical dans les Facultés de médecine.

Il y aura trois sortes d'épreuves :

1° Une réponse par écrit à une question qui sera la même pour tous les concurrents;

2° Une réponse verbale après un quart d'heure de préparation, à une question qui, autant que possible, sera aussi la même pour tous les concurrents ;

3° Des réponses verbales à une série de questions qui seront nécessairement les mêmes pour tous les concurrents.

Art. 6. Les sujets des deux premières épreuves porteront spécialement, ou sur l'anatomie et la physiologie, ou sur la pathologie externe et les opérations, ou sur la pathologie interne; mais elles se rattacheront en même temps, et le plus possible, aux autres parties de la science médicale.

Les concurrents devront traiter chaque question sous ses différents points de vue.

Art. 7. Les questions, pour la troisième épreuve, seront au nombre de six, et porteront :

La première, sur la physique et la chimie médicales ;

La deuxième, sur l'histoire naturelle médicale et la pharmacologie ;

La troisième, sur l'anatomie et la physiologie;

La quatrième, sur la pathologie externe, la clinique externe et les opérations ;

La cinquième, sur la pathologie interne, la clinique interne et la thérapeutique ;

La sixième, sur l'hygiène, la médecine légale et les accouchements.

Art. 8. Les deux premières épreuves seront soutenues par tous les concurrents.

Ceux d'entre eux que le jury aura jugés les plus capables (et ce dernier nombre sera au moins du tiers de celui des candidats) subiront seuls la troisième épreuve.

Art. 9. Le jury chargé de prononcer sur le mérite des épreuves se composera de cinq membres désignés, chaque année, parmi les professeurs de la Faculté.

Art. 10. Le nombre des prix est fixé ainsi qu'il suit :

Faculté de médecine de Paris, un premier grand prix, deux autres premiers prix et trois seconds prix ;

Faculté de médecine de Montpellier, un premier prix et deux seconds prix ;

Faculté de médecine de Strasbourg, un premier prix et deux seconds prix.

Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées d'après le nombre des concurrents.

Art. 11. Le premier grand prix à la Faculté de Paris et les premiers prix dans les deux autres Facultés donneront droit à la remise de quatre inscriptions, et à la gratuité complète des examens, de la thèse et du diplôme.

Les deux autres premiers prix, à la Faculté de Paris, donneront droit à la remise des frais d'examen, de thèses et de diplôme.

Chaque second prix donnera droit à la remise des frais de diplôme.

Art. 12. Les prix et mentions honorables seront proclamés chaque année dans la séance solennelle de rentrée de chaque Faculté.

Un rapport spécial sera fait sur le mérite du concours.

La liste des candidats qui auront obtenu des prix ou mentions honorables sera transmise avec le rapport à M. le ministre de l'instruction publique.

Le conseiller exerçant les fonctions de secrétaire,
SAINT-MARC GIRARDIN ;

Le conseiller exerçant les fonctions de chancelier,
RENDU.

Approuvé conformément à l'art. 21 de l'ordonnance royale du 26 mars 1829.

Le ministre de l'instruction publique, grand-maître de l'Université,
V. COUSIN.

—

A la suite d'un rapport au roi par le ministre de l'instruction publique, le *Moniteur* publie l'ordonnance qui suit, datée du 10 avril.

« Art. 1er. Les agrégés de chaque Faculté de médecine pourront être admis, sur l'avis du doyen et avec l'autorisation de notre ministre grand-maître de l'Université, à ouvrir dans le local de la Faculté, s'il y a lieu, ou dans le local annexe de l'Ecole patique, des cours gratuits destinés à compléter ou à développer l'enseignement ordinaire.

» Art. 2. Cette autorisation sera accordée pour un an; elle pourra être renouvelée.

» Art. 3. Les cours ainsi autorisés seront annoncés à la suite du programme des cours obligatoires de la Faculté.

» Art. 4. A la fin de chaque année, le doyen adressera au ministre un rapport sur les résultats de ces cours complémentaires.

» Art. 5. Les succès obtenus dans ces cours par les agrégés feront partie des titres antérieurs dont l'appréciation forme une des épreuves des concours pour les places de professeurs titulaires dans les Facultés de médecine.

» Art. 6. Le stage imposé jusqu'ici aux agrégés de médecine cessera d'avoir lieu à l'avenir. La durée de l'exercice est augmentée, et demeure fixé ainsi qu'il suit : neuf ans pour la Faculté de médecine de Paris ; douze ans pour les Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg. Ces dispositions ne sont applicables qu'aux agrégés qui seront ultérieurement nommés.

» Art. 7. Les dispositions des ordonnances du 2 février 1823, du 12 décembre 1824, et de l'arrêté du 11 avril 1829, non contraires à la présente ordonnance, continueront à recevoir leur exécution.

— Une ordonnance royale, en date du 18 avril, porte ce qui suit.

» L'article 45 de notre ordonnance du 12 août 1836 est et demeure modifié ainsi qu'il suit :

« Nul ne peut être médecin principal, chirurgien principal, pharmacien principal, s'il n'a servi au moins quatre ans dans le grade de médecin ordinaire, chirurgien-major ou pharmacien-major.

» Les chirurgiens principaux sont exclusivement choisis parmi les chirurgiens-majors titulaires d'un emploi dans les hôpitaux militaires et les postes sédentaires de l'intérieur et dans les armes spéciales.

» Le conseil de santé présente annuellement, pour l'avancement au principalat, une liste de candidats de chaque profession qu'il reconnaît aptes à en remplir les fonctions.

» Tous les emplois dans le grade de principal sont donnés aux choix. »

— M. le ministre de la guerre vient d'adresser à MM. les intendans, sous-intendans militaires et officiers de l'administration des hôpitaux, une circulaire sur les poids et mesures affectés au service intérieur des hôpitaux militaires et des ambulances.

Le directeur de service, *H. GOURAUD.*

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 6. — JUIN 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux considérée comme symptomatique de quelques affections viscérales.

La névralgie intercostale est une maladie très-fréquente, qui est restée jusqu'à ce jour, pour ainsi dire, dans l'oubli. La plupart des livres de pathologie n'en font pas même mention. Cependant quelques recherches furent publiées à diverses époques sur ce sujet; mais elles étaient trop incomplètes pour fixer l'attention des médecins. Nicod signala le premier cette névralgie dans quelques pages qu'il inséra dans le *Nouveau journal de médecine et de chirurgie* (sept. 1818). Il a observé un grand nombre de fois cette maladie; il décrit les douleurs qui parcourent la branche antérieure des nerfs intercostaux, mais il ne semble pas avoir aperçu que la névralgie occupât le rameau postérieur des nerfs spinaux; il ne parle pas de la douleur dorsale, si remarquable et si constante dans cette affection.

Dans les *Recherches sur une affection particulière des nerfs de la moelle épinière*, publiées en 1828 par le D. Brown dans le journal médical de Glascow, on retrouve la maladie déjà décrite par Nicod. La souffrance de la branche postérieure des nerfs spinaux n'a pas échappé au médecin écossais; il insiste sur les douleurs de la région vertébrale; il trace succinctement et d'une manière incomplète l'histoire de la maladie, et sa description est moins exacte que celle de Nicod.

Tout ce qui a été écrit en Angleterre, en Amérique, en Allemagne et en France sur *l'irritation spinale*, se rapporte, selon moi, aux névralgies des nerfs de la moelle qui se rendent aux parois du thorax et de l'abdomen; mais ces travaux, loin de compléter l'histoire de la névralgie intercostale, n'ont contribué qu'à l'obscurcir, et à la tenir dans l'oubli. En effet, Prayer, Isaac Parrish, Griffin, Ens, etc., ont considéré la douleur déterminée par la pression sur l'épine dorsale comme un signe pathognomonique de l'irritation de la moelle épinière, et leur attention concentrée sur ce point les a amenés à considérer toutes les douleurs névralgiques qu'ils appellent *correspondantes*, et même les affections concomitantes de la plupart des viscères, comme des résultats de l'irritation de la moelle. Or cette *irritation spinale* est une erreur qui est sortie de l'interprétation vicieuse d'un symptôme, je veux parler de la douleur dorsale, qui a pour siége la branche postérieure des nerfs spinaux, et non la moelle épinière. Dans les cas de névralgie intercostale, la branche postérieure qui se rend dans les muscles des gouttières vertébrales, et dans la peau qui les recouvre, est constamment envahie par les douleurs, les malades se plaignent de douleurs dans le dos; et, si on presse sur les points douloureux, on exalte la sensibilité du rameau postérieur des nerfs dorsaux. Il suffit souvent de soulever la peau en forme de pli et de la presser légèrement entre les doigts, pour déterminer de vives angoisses; ce dernier fait démontre bien le caractère purement névralgique de ces douleurs dorsales, et ne permet plus d'admettre une irritation de la moelle épinière dont il n'est pas possible d'éveiller la sensibilité en pressant sur les apophyses épineuses des vertèbres, comme le fait remarquer M. le professeur Piorry dans son Traité de diagnostic.

J'ai fait les recherches que je publie aujourd'hui sur les névralgies qui affectent les nerfs intercostaux, à l'hôpital de la Pitié, pendant l'année 1838, dans le service de M. le professeur Piorry, dont j'étais l'interne. Ce médecin a vérifié la plupart des faits que j'annonce, et plusieurs malades atteints de cette affection ont été soumis à l'examen de M. Alph. Robert. J'ai montré aussi plusieurs cas de ce genre à M. Valleix qui, depuis, a observé de son côté, et qui vient de publier un mémoire sur ce sujet.

Mon but, dans ce travail, est de donner une description exacte et détaillée des symptô-

mes de la névralgie intercostale, pour qu'il soit facile de la reconnaître, et de manière qu'il ne puisse s'élever de doutes sur son existence. Je m'attache aussi à démontrer que ces névralgies sont le plus souvent symptomatiques d'affections viscérales, et qu'elles se manifestent dans les nerfs intercostaux qui s'anastomosent avec les branches du grand sympathique en communication avec les viscères malades.

La névralgie intercostale est plus fréquente que toutes les autres névralgies; on l'observe souvent chez la femme, rarement chez l'homme, plus souvent dans la jeunesse que dans la vieillesse; je ne l'ai jamais observée chez les enfants. Elle a une prédilection marquée pour le côté gauche: elle est souvent double, et il est rare alors qu'elle ait une égale intensité à droite et à gauche; c'est ordinairement le côté gauche qui, dans ces cas, est le plus gravement affecté. En général, on trouve plusieurs nerfs intercostaux atteints à la fois; le nombre des nerfs malades s'élève rarement jusqu'à dix, il est plus rare encore de voir la névralgie bornée à une seule branche intercostale. Je n'ai jamais vu les onzième et douzième nerfs intercostaux, qui s'anastomosent avec le petit nerf splanchnique, être atteints de névralgie. Elle a toujours affecté les dix premiers nerfs qui reçoivent un rameau anastomotique du grand nerf splanchnique, et parmi ces branches nerveuses, ce sont celles des quatrième, cinquième, sixième espaces intercostaux, qui m'ont paru être le plus constamment occupées par cette maladie. Tous ces faits, ainsi que ceux que l'on rencontrera dans le courant de ce mémoire, sont déduits de trente-sept observations que j'ai recueillies et analysées avec assez de soin pour que je puisse en donner les résultats.

Causes.—La névralgie intercostale me semble différer essentiellement des autres névralgies, à raison de sa fréquence extraordinaire et de la constance avec laquelle elle envahit plusieurs nerfs intercostaux à la fois. Cette dernière circonstance, surtout, lui donne un caractère particulier; car il n'existe pas entre les nerfs intercostaux une fusion anastomotique telle, qu'elle puisse expliquer la transmission rapide de l'irritation d'un nerf dans ceux qui lui sont parallèles. D'ailleurs, chaque nerf intercostal est plus distinct de celui qui le précède et qui le suit dans les espaces intercostaux voisins, que ne le sont entre eux les nerfs du bras, qui, près de leur origine, sont confondus dans un plexus: il n'est cependant pas d'exemples de névralgies simultanées de tous les nerfs du membre thoracique, non plus que de tous les nerfs du membre pelvien. Il est une autre particularité non moins remarquable dans la névralgie intercostale, c'est qu'elle existe rarement isolée: on la trouve presque toujours compliquée de maladies de différents organes. Tous les observateurs qui se sont occupés de cette question ont signalé en même temps la fréquence de cette névralgie, la pluralité des nerfs affectés, la coexistence de diverses viscéralgies. Ces faits étaient de nature à faire penser que la névralgie intercostale ne se développait pas sous l'influence des mêmes causes que les autres névralgies: cependant aucun des auteurs que j'ai cités au commencement de ce travail n'a étudié avec soin ces causes, et plusieurs avouent qu'elles leur sont complètement inconnues. Pour moi, je fus frappé des caractères qui éloignent tant la névralgie intercostale de l'affection analogue étudiée dans d'autres nerfs; la recherche des causes me parut un point essentiel à étudier pour éclaircir l'histoire de ces névralgies, et, après de nombreuses observations, et guidé d'ailleurs par les connaissances anatomiques, j'arrivai à cette proposition: *Que la névralgie intercostale est le plus souvent symptomatique de l'affection de quelque viscère, dont la souffrance est transmise aux nerfs intercostaux par les anastomoses que le grand splanchnique a avec eux.*

Cette théorie, démontrée par les faits, est très-satisfaisante pour l'esprit, par l'exactitude avec laquelle elle donne l'explication de la plupart des phénomènes qu'on rencontre dans cette névralgie. Elle rend immédiatement compte de ce caractère qu'a la maladie de s'étendre à plusieurs nerfs intercostaux, quoique chacun d'eux ait une existence isolée; elle explique aussi, d'une manière claire et simple, la prédilection de la maladie pour certaines paires intercostales, qui sont précisément celles avec lesquelles le grand splanchnique va s'anastomoser dans sa disposition normale. Mais restait à chercher à quelles affections viscérales était liée la névralgie; j'avoue que mon travail est loin d'être complet sous ce rapport: je ne découvris que tard la source de cette souffrance des nerfs, de sorte que bon nombre de mes observations ne contiennent rien de précis relativement aux causes.

Depuis le moment où je commençai à m'occuper de l'étiologie avec les idées qu'on vient de lire, je n'ai trouvé, parmi les cas que j'ai observés, qu'un seul appareil organique dont l'état morbide me paraisse pouvoir être regardé comme le point de départ évident de la névralgie intercostale: je veux parler de l'utérus et de ses annexes. J'ai recueilli sept observations de ces névralgies symptomatiques d'une affection d'utérus, et dans les sept cas j'ai pu suivre les deux maladies dans leur marche et leur terminaison, et saisir leurs rapports de manière à ne conserver aucun doute sur la liaison qui existe entre elles. Quoique je ne possède que ce petit nombre d'observations de névralgies intercostales symptomatiques d'une affection utérine, je pense cependant que les troubles survenus dans cet organe, si important chez la femme, doivent être la cause la plus fréquente de ces névralgies. Ce qui m'autorise à avancer cette opinion, c'est l'unanimité de

tous les écrivains qui se sont occupés de ce sujet à faire observer que cette maladie est bien plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et qu'elle est presque toujours compliquée d'autres affections; or, ce sont presque toujours les perturbations du côté de l'utérus qui sont mentionnées comme accompagnant l'affection névralgique dont nous parlons. Nicod, Prayer, Brown, Parrish, Griffin, Piorry, Ollivier, Valleix, ont tous signalé les troubles de la menstruation, l'ovarite, la métrite, l'état chlorotique, l'hystérie, comme autant d'états morbides, le plus souvent concomitants de la névralgie intercostale ou de l'irritation spinale, suivant la manière dont ils considéraient la maladie. L'analyse de mes propres observations ne fait que me fortifier dans cette manière de voir; car, malgré la nécessité où je suis de ne pouvoir tenir compte que de sept observations pour appuyer ma théorie, je trouve cependant que, sur les trente femmes affectées de névralgie intercostale, vingt-quatre fois se trouvent signalés des troubles du côté de l'utérus, accompagnés plus ou moins souvent des phénomènes qui suivent, soit isolés, soit réunis :

Retard dans les règles, 16 fois; — Pertes utérines, 2; — Flueurs blanches abondantes, 12; — Douleurs hypogastriques, 20; — Etat chlorotique, 7; — Attaques d'hystérie, 5.

Toutes les femmes qui souffrent de l'utérus n'éprouvent pas nécessairement les symptômes de la névralgie dorso-thoracique. J'ai vu le cancer utérin, la métrite aiguë, la métro-péritonite, exister à un haut degré, sans qu'il se manifestât aucune souffrance, ni dans le dos, ni dans les espaces intercostaux; mais il y a certains états pathologiques de l'utérus beaucoup moins graves que les précédents, et qui sont bien plus souvent accompagnés des symptômes névralgiques dont il est ici question. Tels sont l'état de congestion de l'utérus qui accompagne une menstruation difficile, les engorgements chroniques de cet organe, les diverses affections du col, circonstances dans lesquelles le toucher vaginal détermine souvent de vives douleurs, soit dans l'utérus, soit dans ses annexes.

Quoique l'existence d'un état morbide de l'utérus ou de ses annexes me paraisse la seule cause démontrée des névralgies intercostales, il en est cependant d'autres, de la probabilité desquelles je puis dire quelques mots: ainsi je pense que la tuberculisation des ganglions du mésentère, et de ceux qui entourent le plexus solaire, ne sont peut-être pas étrangers au développement de la névralgie intercostale chez les phthisiques.

Les pleurésies chroniques purulentes, avec formation de fausses membranes et épaississement du tissu cellulaire sous-pleural, dans lequel se trouvent enveloppés les ganglions thoraciques du trisplanchnique, ne peuvent-elles pas aussi être une cause de cette névralgie? Je possède des observations qui tendent à faire admettre l'influence de ces diverses causes; mais elles sont en trop petit nombre pour qu'on puisse en tirer des conclusions absolues.

J'ai recueilli trois cas de névralgie des nerfs intercostaux survenue presque immédiatement à la suite d'un zona. Y avait-il simple coïncidence, ou bien ces douleurs, qui ont été signalées comme consécutives de cette variété de l'herpès, seraient-elles toujours des névralgies des nerfs thoraciques? Je ne puis résoudre cette question pour le présent; je ferai seulement observer que, dans les trois cas dont j'ai parlé, l'herpès ne couvrait pas tous les espaces intercostaux envahis par la névralgie; que la demi-ceinture dessinée par l'éruption sur le thorax était moins oblique que les côtes, et, par conséquent, ne suivait pas exactement la direction d'aucun des nerfs intercostaux; enfin, que la névralgie était double dans un des cas, quoiqu'il n'y eût qu'un des côtés embrassé par le zona.

Ne peut-il pas exister aussi des affections primitives du nerf grand sympathique, qui entretiennent ces névralgies intercostales si rebelles, qui durent quelquefois depuis de longues années chez des individus sur lesquels il est impossible de découvrir aucune affection viscérale? L'observation ultérieure viendra éclaircir tous ces points obscurs d'une maladie trop peu observée, pour que son histoire puisse être complète.

Je vais aborder actuellement les symptômes, mais pour bien les comprendre il est très-important d'avoir présente à la mémoire la distribution des nerfs intercostaux, et leur liaison avec le nerf grand sympathique.

Les détails anatomiques importants à rappeler sont les suivants :

Les nerfs dorsaux, à leur sortie du trou de conjugaison, se divisent en deux branches, une *postérieure*, qui va se distribuer aux muscles des gouttières vertébrales et à la peau qui les recouvre, l'autre *antérieure*, qui suit l'espace intercostal et se divise, à la partie moyenne de cet espace, en deux rameaux, l'un *perforant* ou cutané, l'autre *intercostal*. Ce dernier, suivant la direction primitive du nerf, vient s'épanouir à l'extrémité antérieure de l'espace intercostal, dans le grand pectoral et la peau du sternum. Il faut noter aussi : 1° que le nerf intercostal est lié au plexus brachial, dans lequel se jette la première paire dorsale, dont il émane; 2° que le rameau perforant ou cutané des deuxième et troisième branches intercostales va se rendre à la peau de la partie postérieure et interne du bras; 3° que la mamelle et tous les muscles des parois thoraciques reçoivent de nombreux filets des nerfs intercostaux qui les avoisinent; 4° que le rameau intercostal, à partir du huitième espace, va se terminer dans la paroi abdo-

minale; mais que le rameau perforant cutané moyen des sixième et septième nerfs intercostaux envoie déjà des filets cutanés dans la région épigastrique.

Le grand et le petit nerf splanchnique envoient des filets qui se confondent avec chacun des nerfs intercostaux, et qui établissent une communication directe entre les différents viscères de l'abdomen et les nerfs rachidiens. Les neuf ou dix premiers nerfs intercostaux reçoivent leur filet anastomotique du grand splanchnique, dont la branche la plus élevée paraît, il est vrai, se détacher du cinquième ou sixième ganglion thoracique, mais dont la terminaison réelle a lieu beaucoup plus haut. M. Cruveilhier a suivi le cordon du grand splanchnique jusque dans le troisième ganglion thoracique, et Lobstein jusqu'au ganglion cervical inférieur.

Les deux ou trois derniers nerfs intercostaux s'anastomosent avec le petit splanchnique. D'après cette disposition, et avec la connaissance de la distribution du grand splanchnique dans les organes abdominaux, on peut prévoir d'avance quels sont les viscères dont la souffrance pourra avoir un retentissement douloureux jusque dans les nerfs intercostaux. Toutefois, on pourra bien trouver dans mon travail une objection à faire à cette doctrine, car les affections utérines déterminent toujours des douleurs névralgiques dans les branches intercostales anastomosées avec le grand splanchnique, et le faisceau des nerfs ovariques se jette en partie dans le plexus émulgent; mais je ferai remarquer que plusieurs filets ovariques se rendent directement au plexus solaire, que le plexus émulgent communique fréquemment avec le ganglion semi-lunaire, et que les nerfs ovariques pourraient bien n'être qu'accolés momentanément aux nerfs émulgents pour se rendre de là dans le plexus solaire.

SYMPTÔMES.

La névralgie intercostale est constituée par une série de phénomènes, dont les uns se retrouvent dans toutes les névralgies, et dont les autres appartiennent spécialement à l'affection des nerfs intercostaux; mais ces phénomènes sont loin d'être toujours frappants et faciles à saisir, la douleur ne présente pas toujours les caractères pathognomoniques qu'on lui assigne dans les névralgies, de nombreuses circonstances viennent encore obscurcir les symptômes de l'affection des nerfs intercostaux; aussi ne faut-il pas s'étonner de l'oubli dans lequel cette maladie est restée jusqu'à nos jours.

La plupart de ceux qui sont atteints de névralgie intercostale donnent, sur les douleurs qu'ils éprouvent, des renseignements tout-à-fait insuffisants, pour mettre sur la voie le médecin qui n'est pas familiarisé avec la maladie. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui n'accusent aucune douleur dans le dos, ni dans les espaces intercostaux, et chez lesquels on en découvre dans ces points par la palpation. Le symptôme sur lequel les malades attirent le plus souvent l'attention des médecins est une douleur dans la région dorsale. Quand la douleur n'est ressentie que dans ce point, la maladie n'a pas un grand degré d'intensité. La majeure partie des malades éprouvent, en même temps, la douleur dorsale et un point douloureux dans un des côtés de la poitrine, et surtout dans le côté gauche. Chez un certain nombre, à la douleur du dos et à celle du côté, se joint une douleur épigastrique ou sternale; enfin, quelques malades n'accusent que la douleur dorsale et épigastrique.

La douleur dorsale donnait ordinairement aux malades la sensation d'un point douloureux assez circonscrit; nous n'avons trouvé que deux sujets qui se plaignissent d'avoir toute l'épine dorsale douloureuse. Les malades rapportaient le plus souvent la douleur dorsale au niveau des cinquième, sixième apophyses épineuses de cette région, quel que fût d'ailleurs le nombre de nerfs intercostaux malades. On s'expliquera facilement ce fait, si on réfléchit à ce que j'ai dit plus haut de la prédilection de la névralgie pour les nerfs précédents, et si on se rappelle la fréquence avec laquelle on les voit présenter les symptômes de névralgie à un plus haut degré que les autres, dans les cas où un grand nombre de paires dorsales sont affectées en même temps.

Les renseignements donnés par les malades sur la nature de la douleur dorsale, montrent qu'elle variait comme le degré d'acuité de la névralgie; presque tous disaient ressentir un engourdissement, une sensation de fourmillement, dans les moments de relâche que leur laissaient les douleurs et s'ils gardaient une immobilité absolue; mais, à certaines époques de la journée, sans cause connue, ou à l'occasion de mouvements respiratoires un peu étendus, de secousses produites par la toux, ou bien à la suite d'un travail, les douleurs dorsales prenaient le caractère d'une chaleur brûlante, d'élancements vifs et de tiraillements douloureux.

Quand la douleur de côté manquait tout-à-fait, la névralgie était légère, mais il était souvent facile de s'assurer, à l'aide des antécédents, qu'elle avait existé à une époque où les douleurs dorsales étaient plus vives. Chez quelques malades, nous avons vu survenir cette douleur, qui n'existait pas dans une exploration précédente, et toujours cette apparition coïncidait avec une extension et une récrudescence de la névralgie intercostale. Chez la plupart des malades, la douleur était circonscrite et fixée au-dessous et en dehors de la mamelle; chez d'autres, elle s'étendait dans une grande partie des parois antérieures et latérales de la poitrine. Quelques malades avaient la sensation d'une douleur qui parcourait la paroi latérale du thorax dans la direction d'une ligne verticale qui, naissant de l'aisselle, allait se terminer

à la base de la poitrine. Il était impossible de méconnaître là une douleur siégeant dans plusieurs nerfs intercostaux, au point où ils se divisent en *rameau intercostal* proprement dit et en *rameau perforant* ou *cutané moyen*. Enfin, cinq malades seulement, sur trente-sept, indiquaient clairement que les douleurs de côté se propageaient jusque dans le dos, en suivant la direction oblique des nerfs intercostaux. La plupart comparaient les douleurs qu'ils éprouvaient dans la paroi thoracique à des élancements ou à des piqûres d'épingles; tous s'accordaient à dire que la douleur du côté était moins constante que celle du dos. Chez quelques malades, elle apparaissait à des intervalles irréguliers, sous la forme d'élancements qui disparaissaient après quelques minutes; chez d'autres, elle se manifestait sous forme d'accès d'une durée variable, et elle était surtout vive dans les cas où la sensation de l'irradiation était distincte.

Quelquefois une douleur existait sur la partie antérieure de la poitrine : elle s'observait rarement seule et se trouvait le plus souvent réunie aux douleurs dorsale et latérale, ou du moins à celle du dos. Ce point douloureux antérieur occupait, dans quelques cas, la partie antérieure ou latérale du sternum, mais plus fréquemment la région épigastrique. D'ailleurs, de même que les douleurs du côté et du dos, la douleur épigastrique ou sternale n'avait pas toujours le même degré d'acuité, tantôt donnant la sensation d'un poids soulevé à chaque inspiration, tantôt celle d'élancements aigus; la toux et les mouvements respiratoires en augmentaient beaucoup l'intensité.

En résumé, les caractères de la névralgie intercostale, puisés dans les renseignements des malades, et tels que je viens de les exposer, se réduisent à ce qui suit : douleur fixe dans le dos, douleur dans un des côtés du thorax, et assez souvent à l'épigastre ou sur la partie antérieure et latérale du sternum, augmentation de ces douleurs par les mouvements de la respiration et les secousses de la toux; rarement le sentiment de l'irradiation d'un de ces points douloureux à l'autre se propage dans la direction des espaces intercostaux.

On voit que ces caractères sont loin d'être des signes frappants de l'existence d'une névralgie intercostale, puisque le signe pathognomonique des névralgies manque le plus souvent, je veux dire la douleur se propageant d'une manière distincte dans les ramifications du nerf malade; aussi, combien de fois a-t-on rendu l'estomac responsable de la sensibilité vive de l'épigastre, appartenant à la névralgie des nerfs, se distribuant dans la paroi abdominale ! La pleurodynie, les adhérences des plèvres, et, plus d'une fois peut-être, des affections plus graves de poitrine, ont été soupçonnées là où il n'existait qu'une douleur névralgique des parois thoraciques. A-t-on donné une explication plus rationnelle, en attribuant à l'irritation ou à la congestion de la moelle épinière ces douleurs dorsales existant entre les deux épaules, que l'on rencontre si souvent chez les phthisiques, les jeunes femmes mal menstruses, et qui dépendent fréquemment d'une exaltation de sensibilité dans la branche postérieure des nerfs dorsaux? Cette douleur dorsale est cependant le renseignement le plus constant que donnent les malades, et qui doit suffire au médecin exercé pour lui faire soupçonner immédiatement l'existence d'une névralgie intercostale.

La palpation est le mode d'investigation par lequel on arrive à apprécier d'une manière exacte les symptômes de la névralgie intercostale. Sans la palpation, il est impossible de porter un diagnostic certain sur cette maladie, et de se rendre compte des phénomènes qui l'accompagnent. C'est par ce moyen que l'on découvre des caractères qui démontrent d'une manière évidente que les nerfs intercostaux sont le siége des souffrances; que l'on connaît exactement combien de nerfs intercostaux sont malades, et dans quelle étendue ils le sont; que l'on s'éclaire sur la fréquence relative de la névralgie dans chaque espace, et sur la marche progressive ou décroissante de la maladie.

Lorsqu'on palpe l'épine dorsale chez un sujet affecté de névralgie intercostale, on trouve une douleur plus ou moins vive dans une certaine étendue de cette région. Je n'ai vu qu'une seule exception à ce fait chez un homme qui, à la suite d'un zona, éprouvait des douleurs dans la moitié gauche de la poitrine; ces douleurs suivaient manifestement la direction de plusieurs espaces intercostaux, mais le rameau intercostal, ou antérieur, était seul affecté. Jamais le malade n'avait ressenti dans le dos la douleur caractéristique, et la palpation n'en développait aucune.

La douleur provoquée dans le dos par la palpation est bien plus vive que celle qui s'y développe spontanément. Dans les cas où la névralgie est très-aiguë, la palpation produit des douleurs atroces, la colonne vertébrale se redresse brusquement, quelques malades poussent des cris : j'ai vu trois fois des attaques d'hystérie survenir à l'occasion de cette manœuvre; dans un quatrième cas, une syncope, qui dura dix minutes, suivit immédiatement la pression que j'exerçais un peu fortement au niveau du point dorsal. C'est surtout par la palpation que devient manifeste la connexion qui existe entre la douleur dorsale et la douleur latérale ou épigastrique correspondante. Il est très-fréquent, en effet, de voir, dans les cas de névralgie aiguë, la pression dorsale exaspérer les douleurs du côté et de l'épigastre, et faire ressentir au malade une irradiation douloureuse, se propageant du point pressé dans l'espace intercostal correspondant. Lorsqu'il y avait un certain nombre d'espaces intercostaux malades, il m'a été souvent possible de

déterminer, chez le même individu, la sensation d'une douleur parcourant, tantôt un espace intercostal supérieur, tantôt un des espaces inférieurs, en exerçant alternativement la pression au niveau des premières vertèbres dorsales, puis au niveau des septième et huitième de la même région. La palpation montre aussi que la douleur occupe une bien plus grande étendue que le point douloureux dorsal spontané ne semblerait l'indiquer. Chez plusieurs malades qui accusaient une douleur au niveau des cinquième et sixième apophyses épineuses dorsales, la palpation découvrit une sensibilité vive depuis la deuxième ou la troisième apophyse épineuse de cette région, jusqu'à la septième ou huitième ; il est vrai, cependant, que la douleur développée par la pression était surtout vive au niveau des cinquième et sixième, et qu'elle allait en s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloignait des points précédents. Les caractères de cette douleur, développée par la pression, démontrent d'une manière évidente qu'elle a son siége dans les filets nerveux de la branche postérieure du nerf intercostal, car elle existe au niveau des gouttières vertébrales, à gauche ou à droite de la ligne médiane représentée par les apophyses épineuses, et du côté précisément où les espaces intercostaux sont douloureux.

Si la douleur dorsale s'étend à droite et à gauche, dans une certaine étendue, c'est que la névralgie intercostale est double, et, dans ces cas, on remarque toujours qu'elle est moins vive dans un des côtés, et qu'elle a une moindre étendue en largeur et en hauteur. Si la névralgie n'a pas un grand degré d'acuité, la douleur est surtout vive au niveau de l'interstice du transversaire épineux et du long dorsal, d'où émerge la branche postérieure des nerfs spinaux; si la névralgie est très-aiguë, toute la surface comprise entre l'épine dorsale et le bord spinal de l'omoplate est douloureuse à la moindre pression. Quoique la névralgie ne soit pas double, il est rare que la sensibilité morbide ne dépasse pas la ligne médiane; elle s'étend souvent jusqu'à deux pouces et demi à trois pouces en dehors de l'épine, c'est-à-dire jusqu'aux dernières ramifications des ramaeux musculo-cutanés de la branche postérieure des nerfs spinaux, qui ne s'épanouit dans la peau que lorsqu'elle a atteint la région de l'omoplate.

La douleur provoquée par la pression sur la région dorsale n'a pas moins son siége dans la peau que dans les parties profondes; et ce caractère est celui qui démontre le mieux que cette douleur est due à la souffrance du rameau postérieur des nerfs spinaux. Si l'on pince, en effet, la peau qui recouvre les apophyses épineuses, ou seulement si on la soulève en forme de pli, on détermine souvent une douleur plus vive qu'en pressant sur ces parties. Cette sensibilité de la peau de la région dorsale se retrouve presque toujours, quelque faible que soit la névralgie ; tandis que nous verrons un peu plus loin que la sensibilité de la peau qui recouvre les espaces intercostaux est beaucoup moins fréquente, et qu'il faut que la névralgie intercostale soit très-aiguë pour que les téguments dans lesquels se distribuent les rameaux perforants cutanés, antérieurs et moyens, deviennent le siége d'une sensibilité morbide.

Lorsqu'on interroge par la palpation les espaces intercostaux, on trouve que le nombre des nerfs souffrants est égal au nombre des branches postérieures malades, que l'on compte par les trous de conjugaison, au niveau desquels se rencontrent les douleurs; ainsi, prenant un exemple dans nos observations, nous trouvons une névralgie intercostale double, dans laquelle la palpation du dos révélait une douleur, s'étendant à gauche de l'épine, depuis la troisième apophyse épineuse dorsale jusqu'à la huitième; à droite de l'épine, la douleur n'occupait que l'intervalle qui sépare la quatrième apophyse épineuse dorsale de la sixième de la même région. L'exploration des espaces intercostaux montrait qu'ils étaient douloureux à gauche, depuis le troisième jusqu'au huitième inclusivement, tandis qu'à droite la douleur se bornait aux quatrième, cinquième et sixième espaces. Je ne parle ici que de la névralgie aiguë ; car, lorsque la maladie est dans son déclin, il peut exister encore des douleurs dorsales quand la palpation n'en développe plus dans les espaces intercostaux, et il peut arriver aussi qu'un ou plusieurs espaces ressentent encore une douleur dans quelques points, lorsqu'on n'en développe plus en palpant l'épine dorsale.

La palpation montre que, dans la névralgie intercostale aiguë, dans laquelle un certain nombre de nerfs sont ordinairement malades, ces nerfs sont rarement douloureux au même degré. Le plus souvent on trouve deux ou trois nerfs pris avec une grande intensité, puis la douleur va en s'affaiblissant dans les espaces malades situés au-dessus et au-dessous de ce point central de la névralgie. J'ai pu observer plusieurs fois que la maladie avait commencé par les nerfs dans lesquels existait le *maximum* des douleurs; qu'elle s'était étendue aux branches nerveuses voisines en haut et en bas; puis, le déclin du mal survenant, la névralgie se concentrait de nouveau sur ces deux ou trois paires primitivement malades, et ne les abandonnait qu'en dernier lieu.

La palpation donne les notions les plus précises sur le nombre des nerfs intercostaux malades dans chaque individu, aux diverses époques de la maladie, et par conséquent sur la fréquence de la névralgie dans chaque espace. Mais, j'ai traité précédemment ces deux questions. La seule chose qui me reste à ajouter à ce que j'ai dit, c'est qu'il existe un rapport direct entre l'intensité de la névralgie intercostale, et le nombre des nerfs affectés, et que rien n'est si fréquent que de voir une névralgie intercostale, d'abord bornée à deux ou trois nerfs, s'étendre tout à

coup à sept ou huit à mesure qu'elle prend plus d'acuité. La douleur qu'on développe par la palpation dans les espaces intercostaux n'est pas toujours proportionnelle à celle qui existe dans les points correspondants du dos et son intensité varie beaucoup d'ailleurs. Si la douleur intercostale est souvent moins vive que celle du dos, c'est que la branche intérieure des nerfs intercostaux est rarement malade dans une aussi grande étendue que la branche postérieure, dont la sensibilité est ordinairement exaltée jusque dans ses dernières ramifications.

Quant à l'intensité de la douleur intercostale, elle présentait des différences suivant l'état plus ou moins aigu de la maladie. Dans la majorité des cas que j'ai observés, la névralgie avait une intensité modérée, ou développait de la douleur par la palpation dans toute l'étendue de l'espace intercostal accessible au toucher. Cette douleur provoquée était quelquefois assez vive pour se propager distinctement à une assez grande distance dans la direction des espaces intercostaux, chez des malades qui assuraient n'avoir jamais ressenti cette irradiation spontanément. Je dois dire ici que, dans les différents degrés de la névralgie intercostale où j'ai observé l'irradiation des douleurs névralgiques produites par la palpation, cette irradiation n'avait pas toujours la même étendue ni la même direction. Chez quelques malades, une pression modérée, exercée sur l'espace intercostal, dans l'intervalle des cartilages sterno-costaux, suffisait pour provoquer une douleur qui, parcourant tout l'espace, allait retentir jusque dans le dos. Dans quelques cas, il y avait retentissement de la douleur dans le dos, sans la sensation de l'irradiation dans l'espace. L'irradiation douloureuse se perdait parfois sous l'aisselle ou sous l'omoplate, sans parvenir jusqu'au dos. Lorsqu'on comprimait la partie moyenne de l'espace intercostal, l'irradiation se manifestait le plus souvent du point pressé vers la région dorsale; mais, dans quelques cas, il se manifestait, à chaque pression, une double irradiation en sens contraire : l'une se dirigeant de la partie pressée vers le dos, et l'autre, du même point vers la partie antérieure du sternum ou vers l'épigastre. La douleur provoquée par la palpation n'avait pas une intensité égale dans toute l'étendue de l'espace intercostal : on pouvait souvent trouver deux points où elle était plus vive, un à la partie moyenne de l'espace intercostal, l'autre près du sternum, ou au niveau du muscle droit dans la région épigastrique. Or, on se rappelle que c'est déjà dans ces points que nous avons signalé l'existence des douleurs spontanées, se rencontrant chez un certain nombre de malades. Le point douloureux de la partie moyenne de l'espace correspond à l'endroit où le nerf intercostal envoie son rameau *perforant*, et le point douloureux situé à l'extrémité de l'espace correspond à la terminaison du rameau intercostal, qui envoie à la peau ses filets *perforants antérieurs*. Cependant la peau n'est jamais sensible dans le degré de la névralgie dont je parle ici, comme on s'en assure en la soulevant en forme de pli, et en la pinçant légèrement dans tout le trajet du nerf intercostal, et spécialement dans les points où il existe le plus de douleur à la pression.

Il y a des degrés de la névralgie intercostale au-dessous de celui que je viens de décrire, caractérisés non-seulement par l'absence de sensibilité morbide de la peau qui recouvre les espaces, par le peu de vivacité des douleurs provoquées, mais encore par ce fait, que le nerf intercostal n'est pas malade dans toute sa longueur. J'ai rencontré cinq cas de névralgie dans lesquels la branche postérieure de plusieurs nerfs intercostaux était prise avec assez d'intensité pour que la peau recouvrant l'épine fût très-douloureuse, et cependant le rameau intercostal n'était sensible que jusqu'à la partie moyenne de l'espace; on pouvait palper, sans provoquer la moindre douleur, tous les points compris entre la partie moyenne et le sternum; c'était dans le lieu où le nerf intercostal fournit son rameau perforant, que finissait la douleur et qu'elle était le plus vive; en arrière de ce point, on trouvait une sensibilité morbide très-légère, comme cela se montre d'ailleurs dans tous les degrés de la névralgie, en raison du petit nombre et de la ténuité des filets que donne, près de son origine, le rameau intercostal, et en raison aussi de l'épaisseur des parties qui le séparent de la peau; car la moitié des nerfs intercostaux sont cachés en arrière par l'omoplate; et, dans tous les espaces intercostaux, les muscles des gouttières rendent inaccessibles au toucher la partie comprise entre l'articulation vertébro-costale et l'angle des côtes. Aussi toutes les douleurs qui existent jusqu'à l'angle des côtes, dans cette névralgie, doivent être attribuées à cette branche postérieure, comme on peut s'en convaincre en constatant qu'elles siégent en partie dans l'enveloppe tégumentaire.

Le plus haut degré de la névralgie est sans contredit celui dans lequel les douleurs se propagent jusque dans les ramifications que la branche intercostale antérieure envoie à la peau; cette membrane devient alors le siége d'une sensibilité plus ou moins exaltée, quand on la soulève en forme de pli, ou lorsqu'on la pince. Cette sensibilité peut se borner à une étendue assez circonscriptive, au niveau des points où le nerf intercostal envoie à la peau son rameau *perforant moyen* et ses filets perforants antérieurs; mais, dans quelques cas, la douleur s'étend au loin dans le réseau nerveux de la peau; il ne reste sur l'omoplate qu'une étroite surface non douloureuse à la pression, et sur les côtes qu'un intervalle peu étendu, compris entre l'angle de ses os et le bord antérieur du grand dorsal; la peau qui recouvre le sternum est

sensible, même jusqu'au delà de la ligne médiane. C'est dans ce cas surtout que les douleurs spontanées sont si vives que les malades ont le sentiment de l'irradiation des douleurs; que la toux, l'inspiration, l'action de parler, les moindres mouvements des bras et du tronc produisent des angoisses inexprimables et des menaces de suffocation; c'est alors surtout que se manifestent les attaques d'hystérie, les syncopes, les palpitations. Cette forme de la névralgie intercostale n'est pas très-fréquente : je n'ai eu que trois occasions de l'observer; elle avait débuté par un degré moins intense, auquel elle revint après avoir parcouru sa période d'acuité.

Il existe encore d'autres douleurs qui se rattachent à l'affection de certaines paires intercostales : ainsi, quand la névralgie occupe les nerfs des trois premiers espaces, les malades ressentent quelquefois des douleurs superficielles à la face interne des bras, quelquefois des douleurs d'épaule, une sorte d'engourdissement dans une partie ou dans la totalité du membre thoracique. Les douleurs de la face interne du bras s'expliquent assez bien par la disposition du rameau perforant cutané du troisième et du deuxième espace. Une malade atteinte de névralgie des premiers nerfs dorsaux ressentait manifestement, pendant les accès, des douleurs qui irradiaient dans la face interne et postérieure du bras gauche; hors de l'accès, elle n'éprouvait qu'un fourmillement dans les mêmes points, les mouvements du membre s'exécutaient librement. Quand les douleurs occupent en même temps les parois thoraciques et le membre supérieur, faut-il les regarder comme l'extension de la névralgie jusqu'au plexus brachial et à ses divisions, ou bien admettre, dans ces cas, un état morbide des centres nerveux? Sans vouloir approfondir ici cette question, que je me propose de traiter quand j'aurai rassemblé des matériaux suffisants pour l'éclaircir, je dirai que je penche pour la première opinion; nul doute que les nerfs du bras ne soient parcourus, dans quelques cas de ce genre, par des douleurs névralgiques; mais rien ne peut démontrer que ces douleurs se rattachent à un état morbide de la moelle épinière.

La glande mammaire, chez la femme, devient parfois très-douloureuse, quand les espaces intercostaux sur lesquels elle repose sont envahis par la névralgie. En général, la glande ne souffre que lorsque la névralgie a un certain degré d'intensité. J'ai toujours observé que, dans le cas où la peau était douloureuse sur le thorax, les malades ressentaient des élancements dans les mamelles; mais la mamelle peut être douloureuse à la pression, quoique la peau qui la recouvre n'offre pas de sensibilité morbide. J'ai déjà parlé des douleurs qui se manifestent dans l'épigastre, à l'occasion des douleurs spontanées, ou provoquées par la pression des nerfs intercostaux. J'ajouterai qu'on trouve des douleurs épigastriques dans la névralgie d'une certaine acuité, dès que le septième et même le sixième nerf intercostal est souffrant. Je n'ai jamais vu, d'ailleurs, la sensibilité de l'épigastre s'étendre, dans la paroi abdominale, plus bas qu'à une distance de deux pouces au-dessus de l'ombilic.

J'ai essayé sur vingt malades l'expérience de Copland, qui consiste à appliquer successivement, sur toutes les apophyses épineuses, une éponge imbibée d'eau chaude, pour trouver le point douloureux dans le dos. Quatorze fois les malades n'ont ressenti aucune impression douloureuse même dans les points où la palpation développait une grande souffrance. Dans six autres cas, la chaleur de l'éponge a déterminé une douleur modérée, et toujours alors la névralgie avait une grande acuité. On voit donc que ce mode d'investigation est bien inférieur à la palpation.

Dans tous les cas de névralgie intercostale très-aiguë, j'ai constaté qu'on augmentait la douleur dorsale, et même celle de l'épigastre et du côté, en faisant alternativement fléchir et redresser la colonne vertébrale.

Si l'état morbide de quelques organes paraît être la cause productrice de la névralgie intercostale, il est aussi certains troubles fonctionnels qui lui sont consécutifs. On doit placer en première ligne les troubles qui surviennent dans la respiration. Dès que cette maladie a une certaine intensité, et il est rare qu'elle n'en ait pas à une époque de sa durée, la douleur des rameaux intercostaux, augmentant par les mouvements d'élévation et d'expansion du thorax, oblige le malade à modérer les efforts respiratoires; la dyspnée qui en résulte peut être portée à un haut degré; quelques malades, pendant les moments d'exaspération de la névralgie, semblaient menacés d'une suffocation imminente.

Circulation. — Si j'excepte les cas dans lesquels la névralgie existait en même temps qu'une lésion profonde de quelque viscère, jamais une fièvre continue n'a accompagné l'affection des nerfs intercostaux. Toutes les fois que ce symptôme a été observé, il coïncidait avec les exacerbations de la névralgie.

Palpitation. — Près de la moitié des malades éprouvaient des palpitations du cœur; chez le plus grand nombre, elles apparaissaient plusieurs fois par jour, et duraient de dix à vingt minutes; les malades qui y étaient sujets se plaignaient presque tous d'éprouver un redoublement marqué des douleurs dorsales et intercostales, pendant et surtout après les palpitations.

Marche.—Toutes les fois que j'ai pu observer le début de cette névralgie, elle m'a paru commencer par des douleurs légères, affectant un certain nombre d'espaces intercostaux; ces douleurs s'étendaient aux espaces voisins, à mesure qu'elles prenaient une plus

grande intensité; pendant toute sa durée, la névralgie présentait le type continu, avec de fréquentes exacerbations qui revenaient à des intervalles plus ou moins réguliers, surtout le soir, quelquefois avec un véritable accès fébrile parcourant ses stades successifs.

Une dernière circonstance importante à noter, c'est la fréquence avec laquelle cette maladie reparaît chez les individus qui en ont été une fois affectés.

Durée. — La durée de la névralgie intercostale n'a rien eu de constant ; elle s'est quelquefois dissipée spontanément en quelques jours, surtout lorsqu'elle était symptomatique d'une menstruation pénible ; chez quelques malades, elle durait depuis plusieurs mois, et même depuis plusieurs années.

Anatomie pathologique. — Je n'ai jamais vu la névralgie intercostale se terminer d'une manière funeste ; cependant j'ai fait l'autopsie de cinq sujets qui étaient atteints de cette névralgie, mais qui avaient succombé, quatre aux progrès de la phthisie pulmonaire, et le cinquième à la suite d'un épanchement pleurétique purulent, passé à l'état chronique. J'ai examiné avec soin les os du rachis divisés par plusieurs traits de scie, la moelle et ses enveloppes, les nerfs qui sortent par les trous de conjugaison, et notamment ceux qui étaient douloureux pendant la vie ; mais aucun de ces organes n'a présenté d'altération apparente. Chez le sujet qui succomba à la pleurésie, les ganglions thoraciques du grand splanchnique étaient enveloppés dans un tissu cellulaire épaissi, induré ; les quatre phthisiques présentaient une dégénérescence tuberculeuse avancée des ganglions mésentériques, des masses de tubercules recouvraient, chez l'un d'eux, tout le plexus solaire.

Diagnostic. — Le diagnostic de la névralgie intercostale offrirait de grandes difficultés si l'on n'avait, pour s'éclairer sur la nature de la maladie, que les renseignements fournis par les malades sur les douleurs qu'ils éprouvent. Mais, au moyen de la palpation, cette névralgie se revêt de caractères si tranchés qu'il suffit d'en indiquer les principaux pour montrer qu'on ne saurait la confondre avec d'autres maladies. Ainsi, qu'on se rappelle que la douleur dorsale, dans cette névralgie, a son siége dans la branche postérieure des nerfs spinaux ; qu'elle n'occupe, le plus souvent, qu'un seul côté de l'épine ; qu'elle est fréquemment aussi vive dans la peau que dans les parties profondes, qu'une douleur analogue existe dans l'espace intercostal correspondant, qui reçoit la branche antérieure du nerf dont la division postérieure est douloureuse, et l'on verra que ces caractères distinctifs ne se trouvent réunis, ni dans le rhumatisme des muscles des gouttières, ni dans la carie vertébrale, ni dans les affections d la moelle épinière et de ses enveloppes.

Ajoutons encore qu'on ne rencontre pas, dans la névralgie dorsale, les symptômes de paralysie des membres pelviens, du rectum et de la vessie, qui accompagnent le plus souvent les maladies du canal rachidien et des organes qu'il protège.

Les douleurs développées dans les espaces intercostaux par la palpitation, ne pourraient être attribuées à une affection de la plèvre, du poumon ou du cœur, sans que l'auscultation et la percussion vinssent immédiatement désabuser à cet égard. Elles seraient plus faciles à confondre avec le rhumatisme des parois ; mais si on réfléchit aux caractères de la douleur, qui, parfois, irradie d'une manière distincte dans la direction des nerfs intercostaux, qui se propage jusque dans la peau, et lui donne alors un haut degré de sensibilité ; enfin, si l'on fait attention que, dans les cas même où ces deux phénomènes manquent, il existe toujours un point douloureux au dos, qui a des caractères distinctifs, et qui correspond à la douleur intercostale, on sera convaincu qu'il est difficile de confondre la névralgie des nerfs intercostaux avec d'autres douleurs qui siégent dans des régions analogues. On reconnaîtra aussi très-facilement, par la palpation, que les douleurs épigastriques, qui existent quelquefois dans la névralgie intercostale, ont leur siège dans la paroi abdominale, qu'elles sont souvent limitées dans la moitié gauche ou la moitié droite de l'épigastre, et qu'elles se continuent sans démarcation avec les douleurs de plusieurs espaces intercostaux. Enfin, l'état fonctionnel de l'estomac, qui, le plus souvent, est parfait, achèvera de lever les doutes qui pourraient rester sur la nature des douleurs épigastriques.

Traitement. — Le repos du lit et l'expectation ont suffi plusieurs fois pour dissiper une névralgie intercostale qui était accompagnée de douleurs hypogastriques causées par une menstruation difficile ; l'écoulement des règles étant établi, les deux maladies décroissaient simultanément, et se terminaient en quelques jours.

Les émissions sanguines ont été employées dans quinze cas. On a obtenu un succès merveilleux de l'application des sangsues au-dessus du ligament de Fallope, sur quatre jeunes filles chez lesquelles les souffrances utérines paraissaient être le point de départ de la névralgie dorso-thoracique. Dix heures après l'émission sanguine locale, la sensibilité du dos et des espaces intercostaux, la douleur du ventre et celle que produisait le toucher vaginal, étaient en partie dissipées, et deux jours après la guérison était complète.

Les sangsues ont été aussi appliquées sur le point douloureux de la région dorsale ; il en est résulté plusieurs fois une amélioration, mais jamais une guérison radicale.

La saignée du bras pratiquée six fois a été suivie quatre fois d'une augmentation notable des douleurs névralgiques; dans les autres cas, elle n'a pas produit de modifications appréciables dans les symptômes de la maladie.

Le vésicatoire a été employé dans un grand nombre de névralgies thoraciques, soit de prime abord, soit après les émissions sanguines. L'efficacité de ce moyen a été préconisée par tous ceux qui ont écrit sur l'*irritation spinale*, et ce que j'ai observé vient en partie à l'appui de leur manière de voir à ce sujet. De larges vésicatoires de quatre à cinq pouces de diamètre, recouvrant les apophyses épineuses, au niveau desquelles la pression déterminait les plus vives douleurs, ont toujours produit un amendement dans les symptômes. Si la névralgie n'avait pas une grande acuité, le premier vésicatoire suffisait parfois pour dissiper complétement les douleurs dorsales; dans d'autres cas, il fallait l'application d'un deuxième, et même d'un troisième vésicatoire pour atteindre le même but.

Enfin, dans quelques cas, des vésicatoires larges, plusieurs fois réitérés, appliqués en différents points sur les nerfs douloureux, n'ont produit aucun amendement, ou cet amendement a été si faible et si passager, qu'il ne peut entrer en balance avec les souffrances produites par l'emplâtre vésicant: les névralgies qui se montraient ainsi rebelles existaient toutes depuis de nombreuses années. Dans deux cas de ce genre, j'ai observé la névralgie, poursuivie par les émissions sanguines locales et les vésicatoires, abandonner les nerfs intercostaux du côté gauche, pour envahir les nerfs homologues du côté droit.

On a employé trois fois le sulfate de quinine chez des malades qui, depuis plusieurs jours, avaient des redoublements de leurs douleurs névralgiques, avec frisson initial, chaleur et sueur; mais cet anti-périodique a troublé la régularité de ces accès sans les suspendre complétement, et il a fallu avoir recours aux vésicatoires pour terminer la maladie.

Les bains généraux ont été employés dans un certain nombre de cas sans aucun avantage; ils ont même produit chez quelques malades une augmentation considérable des douleurs. J'ai omis de constater si les malades à qui les bains chauds paraissaient contraires étaient de ceux chez qui l'éponge imbibée d'eau chaude, promenée sur l'épine dorsale, augmentait les souffrances névralgiques des nerfs intercostaux.

L. Bassereau, D.-M-P.

Nota. — Ce travail est l'analyse de la thèse inaugurale de l'auteur, soutenue il y a quelques jours à la Faculté de médecine de Paris.

II. Résurrection d'un asphyxié, par le D. Alken de Bergheim (1)

Le 25 janvier 1838, vers les sept heures du soir, température de quatre degrés au-dessus de zéro, un homme de trente ans tomba dans un puits de douze pieds environ de profondeur, quatre pieds de vase et un pied d'eau claire. L'individu se traîne à l'endroit le moins creux et s'y tient debout, adossé contre le mur, dans une attitude inclinée ayant de l'eau jusqu'au creux de l'estomac: il y était encore à huit heures du matin, le lendemain, lorsque des passants l'en retirèrent, non sans peine. Onze minutes après, ce malheureux fut visité par le D. Alken, qui ne lui trouva d'abord aucun signe de vie. Couleur cadavérique et froid glacial par tout le corps. Chair de poule à toute la peau; pouls et battements du cœur nuls; anus ouvert, yeux fixes, bouche fermée, pupilles très-dilatées et iris insensible à la plus vive lumière. Il n'y avait que deux phénomènes qui témoignaient un reste de vitalité, savoir: une espèce d'expiration des poumons sans mouvement du thorax ni apparence d'inspiration, revenant toutes les cinq minutes environ, et une rétraction du bras gauche, telle qu'on ne pouvait étendre l'avant-bras, tandis que les autres membres se laissaient facilement mouvoir dans tous les sens.

Après avoir favorablement situé le sujet, l'auteur, inférant de l'impression du froid que la congestion sanguine des vaisseaux internes avait produit une apoplexie générale et la paralysie des organes cérébraux, ouvrit des veines au pli du bras droit (saignée cadavérique) et chargea trois hommes vigoureux d'employer les moyens propres à rappeler la vitalité, tels que des frictions par tout le corps avec une infusion très-chaude de moutarde, des fomentations de même infusion aux pieds et aux mains, des lavements de vinaigre, des douches froides et la flamme de l'esprit de vin sur le scorbicule du cœur.

Aucune apparence de mieux, depuis dix heures jusqu'à deux heures de l'après-midi. L'auteur ne se rebute point. Il fait donner un autre lavement de vinaigre très-chaud cette fois, réitérer la douche froide et brûler de l'esprit-de-vin sur toute la surface du thorax. Au bout d'une demi-heure, appliquant l'oreille à la région du cœur, il commence à entendre un sourd battement de cet organe, puis de faibles pulsations à l'artère radiale; bientôt surviennent quelques profondes inspirations et en même temps le sang coule pour la première fois à l'ouverture des veines. Cette période fut suivie d'une réaction épouvantable dont les phénomènes étaient:

---

(1) Observation extraite d'un journal allemand par le journal italien d'Omodei.

convulsions toniques, cloniques et tétaniques, délire furieux, cris continuels, envie de mordre et de se cramponner au mur (se croyant peut-être dans le puits). Le malade exécutait tous ces mouvements avec tant de force que les trois aides avaient beaucoup de peine à le contenir. Dans cette lutte de la nature, le docteur Alken jugea à propos de s'abstenir de tout remède; il fit seulement fermer les veines qui avaient donné du sang en abondance. Au bout d'une demi-heure le trouble s'apaise, le calme renaît et la connaissance revient. L'homme est transporté dans un lit chaud, prend des boissons diaphorétiques et éprouve le jour suivant un accès de fièvre si violent qu'il fallut lui faire une copieuse saignée et mettre en usage d'autres antiphlogistiques. Passé quelques semaines, il était parfaitement rétabli.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

III. Traitement de la blennorrhagie par l'emploi combiné de l'alun et du poivre cubèbe.

AU RÉDACTEUR.

Je m'empresse de vous faire parvenir les détails que vous m'avez demandés sur l'emploi du sulfate d'alumine associé au poivre cubèbe dans le traitement de la blennorrhagie. Je commencerai par vous dire que je n'ai point ici le mérite de l'invention. C'est après avoir vu M. Ricord faire cette prescription à un de mes clients que je l'ai répétée plusieurs fois et constamment avec succès.

Depuis trois mois, j'ai traité de la blennorrhagie cinq personnes dont l'observation m'est parfaitement connue, et trois autres que je n'ai pas revues.

Dans toute autre circonstance je devrais vous donner les noms et demeure de mes malades; vous comprendrez trop ma réserve pour ne pas l'approuver.

Le premier, âgé de quarante ans environ, avait une blennorrhagie depuis trois semaines; il n'avait vu d'autre femme que la sienne. Cette dernière, examinée par moi, n'avait autre chose que de la leucorrhée, et encore fort peu abondante. Elle disait également ne pas avoir eu de relations illicites.

Je prescrivis au mari :

Onces ij de poivre cubèbe, plus demi-once de sulfate d'albumine, le tout mélangé ensemble et divisé en neuf doses: — trois doses par jour.

Trois jours après, la blennorrhagie avait entièrement cessé; et, chose curieuse, la verge, qui était rouge et tuméfiée, lorsque le malade me vint consulter, était revenue à son état normal. Huit jours, quinze jours après, je revis le malade, la guérison s'était maintenue. Il resta encore, pendant près de quinze jours, un très-léger suintement parfaitement limpide, mais aucune espèce de douleur.

Le deuxième était un marchand de vins que deux ans auparavant j'avais traité de blennorrhagie pendant un mois au moyen d'injections opiacées. Le malade accusait une blennorrhagie de quinze jours et d'une source très-suspecte. Je fis la prescription précitée, et ce marchand de vins, qui craignait de nuire à son établissement, but avec la pratique, en avalant néanmoins les médicaments. Huit jours après il était totalement guéri.

Le jour que je constatai sa guérison, il m'adressa un de ses confrères exactement dans le même cas; la maladie ne datait néanmoins que de quatre à cinq jours. Même traitement, même oubli d'hygiène et semblable résultat au bout de six jours.

Un négociant de mon quartier vint me consulter pour la même maladie datant de trois mois; même prescription; encore le même résultat, mais après dix jours. Enfin, chose curieuse, un commis de ce négociant, malade exactement comme son patron, venant furtivement chez moi, encore comme son patron, fut guéri d'une blennorrhagie de dix à douze jours de durée après une semaine de traitement.

J'ai vu trois autres blennorrhagiques; j'ai recommandé le traitement ci-dessus indiqué, ces malades ne se sont pas représentés; j'ai su, chez le pharmacien, qu'ils suivirent l'ordonnance; suis-je en droit de croire que, s'ils ne sont pas revenus, c'est qu'ils étaient guéris?

Je dois ajouter qu'à tous j'ai fait prolonger, mais à dose moindre, l'emploi du poivre cubèbe et du sulfate d'alumine; que j'ai conseillé l'usage d'un suspensoir; enfin que je n'ai pas dû oublier les préceptes hygiéniques.

Je suis convaincu que ce n'est point au poivre cubèbe seul que j'ai dû ces heureux résultats; et cela, parce que précédemment ayant plusieurs fois employé chez un assez grand nombre de malades, notamment chez des jeunes gens sur le point de se marier, le poivre cubèbe jusqu'à la dose d'une once et demie par jour, souvent je n'ai rien obtenu, ou lorsque j'avais des résultats ils n'ont *jamais* été aussi prompts.

MATHIEU, D.-M.-P.

IV. Grossesse de quatre enfants chez une femme primipare. Exemple de superfétation.

Jeanne Boucaut, femme Esnault, âgée de trente-quatre ans, mariée depuis vingt-trois mois, enceinte pour la première fois depuis sept mois, accoucha, le 21 avril 1831, à six heures du soir, d'un enfant mâle; d'un second enfant du sexe féminin le lendemain matin à six heures; d'un troisième enfant

du même sexe immédiatement après; et enfin un instant après d'un quatrième enfant du sexe masculin. Il y eut une nouvelle évacuation des eaux après le second accouchement.

De ces quatre enfants, les deux premiers nés et le dernier étaient à peu de chose près de la même force, et paraissaient être arrivés au terme de sept mois. Le troisième, beaucoup moins fort et bien moins développé, paraissait n'être parvenu qu'au terme de cinq mois. Les trois plus forts vécurent quelques heures, et purent être baptisés à l'église. Le plus faible ne vécut que quelques secondes.

Il y avait deux arrière-faix : l'un situé à la partie supérieure de la face latérale droite de l'utérus présentait trois cordons; l'autre, situé à la partie supérieure de la face latérale gauche, n'en avait qu'un. Pour délivrer cette femme, je fus obligé d'introduire la main dans l'utérus. Le placenta, qui n'avait qu'un cordon, se sépara aisément de l'autre placenta auquel il adhérait par une petite portion de sa circonférence. Ce dernier était si adhérent à la matrice, qu'il fallut l'en détacher avec les doigts. En l'examinant, je m'aperçus qu'il en était resté quelques petites portions. J'aimai mieux les abandonner que de chercher à les extraire. La malade présenta ensuite tous les symptômes d'une métrite qui fut combattue par les moyens ordinaires. L'œdème des jambes, des cuisses et de la partie inférieure du tronc qui, pendant quelques jours, avait empêché la malade de marcher, disparut dans les quarante-huit heures qui suivirent l'accouchement. Enfin, après avoir été fort mal pendant quelque temps, cette femme entra en convalescence et fut parfaitement rétablie six semaines après l'accouchement.

BOURDOIS, D-M.

V. Ongle incarné.

Monsieur,

Si vous jugez la publication du fait suivant utile à l'humanité et à la science, je m'estimerai heureux de vous l'avoir fourni.

Le 4 janvier dernier je reçus la visite de M. Jamet, précepteur chez M. Desmond, maître de pension, faub. Saint-Jean, à Orléans. Ce jeune homme était atteint depuis quatre ans de la maladie connue sous le nom d'ongle incarné. Elle avait pour cause très-probable l'usage continuel de chaussures trop étroites. Depuis l'époque des premiers accidents, M. Jamet s'était soumis tous les trois mois au procédé conseillé par M. Malgaigne, qui consiste dans l'excision, puis l'arrachement de la portion rentrée dans les chairs; opération toujours très-douloureuse et devenue de plus en plus fréquente, vu l'accroissement plus rapide de l'ongle. Cette fois encore, le malade venait à moi dans l'attente du même moyen seulement temporaire. A la vue d'une sujétion aussi pénible, l'idée me vint d'en finir pour toujours avec cette maladie en supprimant la cause régénératrice, s'il était possible. Je me rappelais avoir lu, dans votre numéro de novembre 1839, un nouveau traitement de l'ongle incarné proposé par notre honorable confrère M. le D. Barbette, de Niort. Je trouvai ce moyen parfaitement applicable dans le cas qui se présentait à mon observation.

En conséquence, le lendemain, 15 janvier, j'entourai avec beaucoup de précautions toute la rainure de l'ongle, surtout à sa base, avec plusieurs petites bandes de diachylum superposées; j'en fis autant sur l'ongle lui-même, en ayant soin de décrire bien exactement le contour qu'il fait du côté de sa rainure; je remplis l'espace laissé entre les bandelettes de 40 centigrammes de potasse caustique, et je recouvris le tout de diachylum et de compresses. Je me conformai en tous points aux préceptes posés par le D. Barbette, et j'eus lieu de m'en applaudir. Huit heures après l'application, je levai l'appareil et trouvai toute la portion de l'ongle ayant supporté la potasse boursouflée et noircie; après l'emploi d'un bain d'eau de guimauve, j'enlevai l'ongle en le renversant de la matrice vers le bord libre, excepté une petite partie très-adhérente qui tomba mortifiée au bout de quelques jours. L'application du caustique, le renversement de l'ongle ne causèrent qu'une douleur légère et très-supportable. Un plumasseau enduit d'onguent rosat fut appliqué sur la plaie, dont la cicatrisation ne se fit pas long-temps attendre. Le 27 janvier M. Jamet pouvait mettre ses souliers et marcher librement. Aujourd'hui, 8 février, il n'y a pas apparence de craindre une récidive; la matrice de l'organe ayant été détruite, l'ongle tombé ne saurait être remplacé par un second.

Le parallèle de cette méthode avec celle de MM. Guilemot, Desault, Dupuytren et Lisfranc ferait peut-être découvrir la voie de guérison la plus sûre et seule préférable. Je me contente de répondre par ce fait confirmatif à l'appel du D. Barbette, et d'attendre avec lui que les essais de nos confrères sanctionnent ces premières espérances.

J. LORRAINE, D.-M.-P. à Orléans.

VI. Ongle incarné et panaris.

Monsieur,

Je trouve dans le numéro de votre Journal, de novembre 1839, page 197, un nouveau traitement de l'ongle incarné, par le D. Barbette. Peu importe pour la science celui qui, le premier, eut une heureuse idée; aussi n'est-ce pas ici la priorité que je réclame; je viens ajouter à l'observation de mon collègue une, et je pourrais dire plusieurs observations anté-

rieures. La première personne guérie par la cautérisation, c'est moi. En 1817, j'étais affecté de cette cruelle maladie (l'ongle incarné); c'était le gros orteil du pied droit et la partie externe de cet ongle, qui rentrait dans les chairs. Après avoir inutilement employé plusieurs moyens, je fus consulter le célèbre professeur Boyer, auteur du seul traité de chirurgie complet; il m'isola l'ongle, et enfin finit par me conseiller l'excision et l'arrachement de cette portion malade.

La douleur, que je craignais beaucoup, n'était pas propre à m'encourager. Alors je lui proposai la cautérisation avec la potasse caustique. Après mûre réflexion il y consentit et j'appliquai trois grains de cette préparation chimique, avec les mêmes précautions recommandées par notre estimable collègue, le docteur Barbette. Le succès dépassa notre attente, et après la chute de l'escarre je fus parfaitement guéri. Plusieurs années se passèrent sans que j'éprouvasse la moindre douleur; mais l'ongle repoussa au bout de cinq ans, et j'éprouvai, non les souffrances que j'avais endurées, mais des douleurs assez vives pour y porter remède.

Voici quel fut le traitement:

Je cautérisai la partie malade assez profondément avec le nitrate d'argent fondu, j'introduisis un peu de charpie râpée entre l'ongle malade et les chairs, je soutins le tout d'une bandelette de diachylum gommé, et je pus de cette manière vaquer à mes affaires. Les premières heures seulement j'éprouvais de la gêne plutôt qu'une véritable douleur, et après ce temps je ne me sentais de rien.

Depuis cette époque, cette incommodité me revient tous les ans, dans le temps des chaleurs; j'emploie le même moyen et toujours avec la même réussite.

En 1825 j'eus l'occasion d'employer ce traitement (j'exerçais alors la médecine à la Ferté-Milon) (Aisne): ce fut sur un jeune cultivateur. Le traitement et la guérison furent parfaits. Je quittai le pays en 1828, et la cure ne s'était pas démentie.

J'ai eu l'occasion de l'employer plusieurs fois et toujours avec le même succès. Je l'ai indiqué à plusieurs collègues, et particulièrement à mon confrère et respectable ami le D. Nauche.

Cette observation me fournit l'occasion de parler du traitement du panaris, quelle qu'en soit la cause: je pourrais dire du nouveau traitement de cette douloureuse maladie. Mais si, le premier, j'ai employé la cautérisation, je dirai franchement qu'elle me fut suggérée par l'article *panaris* de l'ouvrage du professeur Boyer.

Je n'entrerai pas ici dans la description du panaris, cette maladie est trop bien connue, il serait inutile d'en parler.

Tous ceux qui ont lu l'article dans Boyer seront de suite au courant de cette observation. Je relaterai seulement la fin de la page où il est question de Foubert.

« Foubert ayant éprouvé plusieurs fois l'insuffisance des incisions pour calmer l'irritation des parties affectées, et arrêter les progrès de l'inflammation, osa appliquer un trochisque fait avec le sublimé corrosif et la mie de pain sur l'extrémité d'un des tendons fléchisseurs d'un doigt qui avait été blessé. Il fit cette application dans le temps où la douleur, l'inflammation et l'engorgement de tout le membre étaient à leur plus haut période. Et loin que l'action du caustique augmentât les accidents, il les diminua en très-peu de temps, et le malade fut bientôt guéri. Enhardi par ce premier succès, Foubert chercha et trouva les occasions d'employer sa nouvelle pratique dans le traitement du panaris. On prétend qu'elle lui réussit presque constamment, même dans ceux qui avaient le plus de violence. Lorsque les accidents étaient pressants, au lieu de faire de grandes incisions, il se contentait de découvrir le point primitivement affecté, et d'y appliquer un caustique qui dissipait l'orage en détruisant la sensibilité de la partie souffrante dans ce point. Foubert fit part à l'Académie de chirurgie de sa méthode et de ses succès. Cette méthode fut accueillie par les uns et blâmée par les autres. Aujourd'hui elle est entièrement abandonnée. »

Je le demande, le panaris d'aujourd'hui n'est-il pas ce qu'il était du temps de Foubert, et puisque cet homme célèbre a toujours réussi, pourquoi cette méthode est-elle tombée dans l'oubli?

L'idée m'est venue d'employer la potasse caustique, et depuis l'article de Boyer il me serait impossible de dire le nombre de malheureux à qui j'ai évité l'atroce douleur de l'incision et conservé les doigts.

Voici quel est le mode de traitement:

Quelle que soit la cause du panaris, j'applique un emplâtre semblable à celui dont on fait usage pour établir un cautère. Je place, suivant l'activité de la douleur, deux grains, plus ou moins, sur le siége douloureux; quelques heures après la douleur cesse instantanément, des cataplasmes émollients sont appliqués, une légère suppuration arrive, et en quelques jours le malade est guéri.

Il me semble que ce traitement est, sous tous les rapports, bien préférable à l'incision, à laquelle tous les malades répugnent, et surtout les femmes.

J'ai fait part à plusieurs de mes collègues de cette pratique, et tous m'en ont remercié, après l'avoir mise en usage.

BORDES, D.-M.-P.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Des préparations d'argent, et de leur utilité dans les maladies vénériennes; par Sicard, D.M.

Quoique le mercure soit, à juste titre, regardé comme le spécifique des affections vénériennes, on a dû cependant rechercher d'autres médicaments qui présentassent quelque efficacité dans le traitement de ces maladies, et cela, parce que le mercure ne s'accommode pas également à tous les tempéraments et à toutes les constitutions, malgré les modifications diverses qu'on a fait subir au mode d'administration de ce métal.

L'auteur de cette brochure, M. Sicard, à l'exemple du savant professeur de Montpellier, M. Serres, publie ses recherches sur l'emploi des préparations d'argent dans le traitement des malades syphilitiques; il déclare, tout en l'appuyant par des faits nombreux, que l'application qu'il en a faite a opéré des effets incontestables, et que l'expérience démontrera bientôt tout le parti qu'on peut tirer de cette nouvelle découverte.

Avant d'examiner la substance de cette brochure, qui institue l'utilité des préparations argentifères, voyons quel crédit a été donné aux autres métaux, dans la thérapeutique de la syphilis.

Le cuivre a été le premier des métaux que l'on a essayé; ce ne fut pas sous la forme métallique qu'il fut employé, mais bien sous celle de deuto-carbonate hydraté (vert-de-gris). Ischorn, Schlegel, l'ont employé, et en ont retiré quelques effets; Brewen a aussi recommandé l'ammoniure de cuivre dans la syphilis. Chevalier prétend avoir vu administrer avec succès le nitrate de cuivre dans les cas où la maladie vénérienne avait résisté au mercure; mais, malgré l'autorité des auteurs que nous venons de citer, le cuivre n'a pas été admis dans le traitement de ces maladies.

Plus tard, M. Chrestien de Montpellier préconisa les préparations aurifères, employées déjà par différents praticiens anciens; elles ont pris rang depuis dans la matière médicale.

Les préparations arsenicales eurent leur tour; Biett dit en avoir obtenu de bons résultats dans le traitement de la syphilis constitutionnelle. Remer a trouvé l'arséniate de potasse utile dans les cas les plus désespérés. Mais, malgré la sanction donnée à cette substance par ces praticiens, on craignit d'administrer un médicament qui, mal appliqué, pouvait devenir un poison violent.

Cullerier oncle, vu l'analogie qui existait entre le platine et l'or, eut l'idée d'essayer ce nouveau métal; il reconnut à l'hydrochlorate de platine les mêmes vertus anti-syphilitiques qu'au muriate d'or.

Enfin, selon Bleifuss, l'hydrocyanate de fer serait un excellent remède contre la syphilis constitutionnelle.

Considérons maintenant quelle est l'utilité des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes.

Si nous avions égard au mémoire de M. Sicard, qui ne manque pas de quelques bonnes conclusions, nous nous prononcerions pour l'affirmative; mais nous pensons que la question n'est pas encore résolue, et que des expérimentations nouvelles, suivies de succès, sont encore nécessaires pour appuyer raisonnablement une opinion.

La première partie du travail de M. Sicard contient l'analyse de l'ouvrage de M. le professeur Serres. Il y est fait mention de toutes les préparations d'argent qui, dans les nombreuses observations citées à l'appui, ont joué le plus grand rôle, et ont le plus souvent triomphé de la maladie.

Voici la formule des pilules employées le plus généralement par ce praticien, dans les affections syphilitiques :

Chlorure d'argent,	1 grain.
Poudre d'Iris de Florence,	2 grains.
Conserve de tilleul,	q. suffis.

Pour une masse pilulaire très-consistante, à diviser en douze pilules.

Dans le cas où, à l'administration des pilules, il fallait joindre l'emploi des frictions, M. Serres prescrivait l'application locale d'une pommade composée ainsi qu'il suit :

Oxyde d'argent,	20 grains.
Axonge.	1 once.

Mêlez avec soin.

Ainsi il agissait comme dans les cas où l'on applique l'onguent mercuriel, tout en continuant le traitement général.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur publie les observations qui lui sont propres, recueillies à l'Hôtel-Dieu St.-Éloi de Montpellier, en les faisant suivre des réflexions qu'elles lui ont suggérées. Ces observations ont toutes rapport à l'emploi du chlorure d'argent en pilules; elles sont au nombre de huit. Si elles ont été recueillies avec soin et impartialité, on ne saurait douter de l'efficacité des préparations argentifères; en effet, les chancres, les bubons, les végétations, tout, en un mot, a cédé à ce mode de traitement. Ces faits, dans la suite, pourront peut-être acquérir quelque valeur.

La troisième partie du travail de M. Sicard a pour but d'apprécier les observations publiées par M. Ricord, sur l'emploi des préparations précitées dans son traité pratique des maladies vénériennes : « Il faut noter, dit l'auteur de cette brochure, 1° que, dans tous les cas où le chirurgien de l'hospice des vénériens de Paris a employé les préparations d'argent, il n'a jamais suivi les doses indiquées par M. Serre; 2° que les bubons qu'il avait à traiter n'étaient pas syphili-

tiques, puisque l'inoculation n'a rien produit.»

Maintenant quelles sont les conclusions du travail que nous analysons? Elles peuvent se résumer ainsi qu'il suit : les préparations d'argent sont employées avec efficacité chez les malades qui ne peuvent supporter les préparations mercurielles; elles ont l'avantage, sur ces dernières, de ne pas procurer de salivation, et de ne pas produire sur l'ensemble de l'économie les accidents que l'on peut quelque fois reprocher au mercure.

Elles ont, sur les préparations aurifères, l'avantage de ne pas surexciter les tempéraments sanguins, nerveux ou faibles, ce qui doit les faire préférer chez les individus ayant une prédisposition à une maladie quelconque.

Enfin l'argent partage avec l'or l'avantage de la propreté, et l'agrément de pouvoir se traiter, même en voyage, sans que personne puisse avoir le moindre soupçon de la maladie que l'on porte.

On peut donc, dit en terminant M. Sicard, avouer, sans prévention aucune, que les préparations d'argent sont utiles dans le traitement des maladies vénériennes.

Parmi ces préparations, le chlorure d'argent est, sans contredit, la substance qui doit être employée de préférence; viennent ensuite le chlorure d'argent et d'ammoniaque, puis l'oxyde, l'iodure et le cyanure. Il serait à souhaiter qu'on parvînt à apprécier laquelle de ces préparations est plus utile dans tel ou tel cas donné.

Recherches et observations sur les eaux minérales d'Uriage, près Grenoble (Isère), et sur l'influence physiologique et thérapeutique de diverses espèces de bains; par J. Vulfranc Gerdy, D. M. P.

L'établissement d'Uriage possède, d'après le rapport de M. Vulfranc Gerdy, deux sources minérales de diverses natures, une source ferrugineuse, et une source sulfureuse saline. Ces eaux, en raison de leurs propriétés précieuses et de leur grande activité, méritaient un travail de quelque importance, et nous savons gré à l'auteur d'avoir publié le résultat de ses observations thérapeutiques. L'on ne remarque pas dans cette brochure ces redites ennuyeuses qui déparent le plus ordinairement les notices sur les eaux minérales; tout y est traité d'une manière neuve et originale. Personne n'était plus à même d'apprécier l'influence des bains dans certains états morbides, et de donner à ses recherches un but puissant d'utilité pratique. M. V. Gerdy vient de quitter l'hôpital St.-Louis, où il a rempli pendant plusieurs années les fonctions d'interne, sous la direction de feu le professeur Alibert, de M. le docteur Manry et de son frère, le professeur Gerdy; là, ce jeune praticien s'est trouvé en position de faire une étude spéciale des maladies de la peau des scrofules, des rhumatismes chroniques que l'on y traite en si grand nombre, et de l'efficacité des différentes espèces de bains employés contre ces maladies.

Après avoir tracé d'une manière rapide et brillante l'historique de l'établissement d'Uriage et de ses sources, l'auteur examine physiologiquement l'influence de la source saline et sulfureuse sur l'économie animale, soit dans l'état sain, soit dans l'état morbide; puis, dans la dernière partie de son travail, il rapporte les résultats de ses recherches expérimentales relatives à l'influence des bains sur l'organisme. Cette question ainsi envisagée, tout en précisant des faits mal appréciés, en rectifiant des opinions erronées, pourra fournir à la thérapeutique des ressources utiles, et trop long-temps méconnues. Ce dernier chapitre présente des considérations fort curieuses, dont nous reproduirons les aperçus principaux.

M. V. Gerdy a fait voir que dans les bains, comme par l'effet de certaines maladies, la respiration et la circulation cessaient souvent d'être concordantes, la respiration étant moins facilement influencée que le pouls, et s'accélérant dans une bien moindre proportion pour les hautes températures; il a montré que les bains à la température ordinaire du sang (36°, 25) ne ralentissaient pas la circulation, mais l'accéléraient au contraire, et que c'est à trois degrés environ au dessous de cette température que la propriété *sédative* se manifeste avec le plus d'énergie, tandis que, au-dessus et au-dessous de ce terme (33 à 34), le pouls s'accélère ordinairement, les bains froids produisant des effets semblables à ceux des bains très-chauds.

M. Gerdy a démontré de même, par des expériences précises, que les bains salins et alcalins agissent sur la circulation comme les bains simples; que les bains sulfureux et les bains acides produisent un ralentissement du pouls plus considérable, et le font descendre de quelques pulsations au-dessous de son état de calme parfait, ou au-dessous de sa plus grande lenteur normale; que les *bains minéraux d'Uriage* produisent un ralentissement plus remarquable encore, puisqu'il va jusqu'à dix pulsations au-dessous du plus grand calme de l'état sain; et que, par conséquent, ces trois espèces de bains doivent être considérées comme de puissants sédatifs de la circulation. Cette déduction est parfaitement en harmonie avec les résultats thérapeutiques que l'auteur a observés à Uriage; il a montré d'ailleurs qu'aux températures autres que le degré où tous les bains sont plus ou moins sédatifs, tous sont à peu près également excitants, l'influence de la température annulant celle de la composition du liquide.

Enfin, terminant par quelques considérations sur la thérapeutique des maladies de la peau, sans croire à la spécificité des bains

sulfureux, M. V. Gerdy en a appelé à l'observation exacte et impartiale, pour les relever de l'espèce de discrédit non mérité dans lequel certains auteurs semblaient vouloir les faire tomber. Il a montré que, pour obtenir des bains, quelle que soit leur nature, tous les résultats qu'ils peuvent produire, il faut apporter à leur administration beaucoup plus de soin qu'on n'en met généralement, et surtout diriger mieux qu'on ne fait l'emploi de la température, dont on peut tirer de si puissants effets.

Quant à l'action de l'eau d'Uriage elle-même dans les maladies, M. V. Gerdy l'exalte à un très-haut degré; il la place au premier rang des eaux minérales de France. Il est fort peu de sources, dit-il, qui soient à la fois salines et sulfureuses dans une proportion aussi notable; et aucune, soit en France, soit dans les pays étrangers, n'égale sous ce rapport la source d'Uriage. Aussi on peut dire que cette eau convient dans presque tous les cas où les eaux sulfureuses sont indiquées, et alors elle l'emporte sur la plupart des eaux sulfureuses, par les sels actifs qu'elle contient et qui manquent dans les autres; elle convient également, ajoute-t-il, soit en bain, soit en boisson, dans la plupart des cas où sont employées les eaux salines, et elle l'emporte sur les eaux salines purgatives en ce que, par ses principes sulfureux, elle s'oppose à la trop grande débilitation qui serait produite par des purgations répétées.

Ainsi, si l'on partage l'enthousiasme de M. Gerdy, aucune source peut-être ne jouirait d'une si puissante efficacité, et ne conviendrait à un aussi grand nombre de maladies.

Pour aider en quelque sorte à rendre raison des effets presque merveilleux des eaux minérales d'Uriage, nous allons en donner l'analyse, faite par M. Berthier, membre de l'Institut, et complétée par MM. Breton et Gueymard; les résultats de cette analyse sont les suivants,

	Sels anhydres. grammes.	Sels cristall grammes.
Carbonate de chaux.	0,120	0,120
— de magnésie.	0,012	0,012
Sulfate de chaux.	0,710	0,900
— de magnésie.	0,395	0,698
— de soude.	0,840	2,210
Muriate de soude.	3,560	3,560
Hydrogène sulfuré libre.	0,013	0,013
Hydrosulfate de chaux et de magnésie.	0,110	0,110
Acide carbonique, des traces.		
Azote, 6 cent. cubes par lit.		
	5,760	7,623

Si l'eau d'Uriage possède réellement d'aussi belles propriétés curatives, M. Gerdy la faisant mieux connaître aura rendu un immense service à la thérapeutique; il a déjà fait un bon livre, il aura fait de plus une bonne œuvre.

Notice sur les eaux minérales de Loëche; par C. J. Bonvin, D. M. P., médecin des eaux de Loëche.

Cette brochure se présente sous un aspect assez modeste; tout en cherchant à démontrer, sans doute avec raison, l'efficacité des eaux minérales de Loëche, elle ne les préconise pas comme propres à guérir tous les maux physiques qui affligent l'humanité; assurément les eaux minérales ne sont pas une panacée universelle, mais elles sont, entre des mains habiles (a dit un médecin moderne) une très-puissante ressource, soit comme moyen de guérison, soit comme moyen de soulagement, soit comme agent principal, soit comme agent auxiliaire, contre la plupart des maladies chroniques. Toutes les fois qu'on les appliquera avec discernement, qu'on les emploiera avec prudence, avec attention et avec persévérance, on en obtiendra des effets importants; mais ces conditions sont nécessaires pour ne pas compromettre le succès, pour ne pas discréditer dans l'avenir une classe de médicaments qui sont à l'humanité d'un bien précieux secours; aussi n'est-ce pas sans raison que l'on dit : *les bons médecins font les bonnes eaux.*

Les eaux minérales de Loëche, dans le canton du Valais, ont guéri, d'après ce qui résulte du travail consciencieux de M. Bonvin, bon nombre de personnes atteintes d'affections contre lesquelles d'autres bains étaient restés impuissants. L'auteur indique avec franchise les maladies pour lesquelles les eaux de Loëche offrent un remède très-efficace, et celles pour lesquelles elles sont inutiles ou même nuisibles.

Ces eaux sont légèrement excitantes et toniques.

Elles exercent spécialement une action salutaire dans les maladies des voies digestives, dans les affections du foie, dans les maladies cutanées, et surtout, d'après M. Bonvin, dans les maladies du système lymphatique, scrofules et dépendances, etc.

Au contraire, l'usage de ces eaux est nuisible dans les paralysies dépendant d'un épanchement récent, dans les hémorrhagies actives, dans les maladies vénériennes, dans la phthisie pulmonaire, etc.

On voit que M. Bonvin, dans sa notice sur les eaux minérales de Loëche, est un peu plus réservé que la plupart des médecins spéciaux qui ne craignent pas d'accorder toutes les plus belles vertus curatives aux eaux des établissements qu'ils dirigent.

Essai sur quelques points de physiologie et de pathologie de la moelle épinière considérée dans ses rapports avec l'organisme, par H. Girard.

L'auteur a eu pour but, dans ce mémoire,

de montrer l'influence de la moelle épinière sur les principales fonctions organiques, de constater les troubles fonctionnels qui résultent de la lésion de ce cordon nerveux; puis, les phénomènes morbides étant appréciés, de chercher à les combattre; persuadé de cette idée, que le système spinal est le point de départ de plusieurs affections générales ou locales qui ne doivent pas toujours être rebelles aux moyens de l'art.

Après avoir fait sommairement une description anatomique de la moelle épinière, M. Girard donne le résumé des opinions de tous les anatomistes modernes sur l'organisation de cette partie du système nerveux, puis il passe à l'étude de ses fonctions; et, s'appuyant des expériences de Ch. Bell et Magendie et de celles de plusieurs autres physiologistes, il vient à conclure 1° que la moelle transmet le sentiment et le mouvement par les faces antérieures et postérieures; 2° que ces deux facultés résident dans cet organe, et non dans les racines des nerfs rachidiens.

La moelle épinière exerce-t-elle une action sur les fonctions organiques? Cela est incontestable; son action sur les organes est manifeste, mais on ne peut encore, dans l'état actuel de la science, bien préciser les diverses espèces de relations qui existent entre la moelle et les viscères. Les résultats obtenus par les expérimentateurs sont trop variés pour que nous puissions tirer quelques conclusions satisfaisantes. Et puis, nous le pensons avec M. Girard, les physiologistes sont souvent guidés dans leurs recherches plutôt par des idées préconçues que par une observation rigoureuse des faits; il faut reconnaître aussi combien il faut d'habitude dans ce genre d'étude, rendu si difficile par toutes les circonstances dont il faut tenir compte, pour apprécier exactement les conséquences immédiates des lésions faites sur les animaux vivants. L'anxiété de l'animal, les efforts qu'il fait pour se débarrasser, les convulsions qui l'agitent, l'état de sa respiration et sa vitalité, sont autant de raisons suffisantes pour expliquer le vague des vivisections et les contradictions qu'elles font naître. Tous ces phénomènes naturels qui résultent forcément des vivisections ne sont pas d'une importance aussi secondaire que le pensent la plupart des physiologistes modernes.

Examinons avec M. Girard l'action de la moelle épinière dans chacun des organes de la vie assimilatrice.

Relativement à l'influence de la moelle sur le cœur, il groupe en trois classes toutes les opinions des physiologistes sur les sources de ses contractions. Les uns pensent, avec Haller, que le cœur jouit en propre de l'irritabilité; les autres, avec Legallois, croient que cette irritabilité dérive du cordon rachidien; d'autres enfin, avec Bichat, en placent la cause dans les ganglions. M. Girard, après avoir pesé ces hypothèses, admet que la moelle exerce une influence notable sur cet organe; que le cerveau agit sur lui par l'intermédiaire de la huitième paire, et qu'enfin les ganglions sont aussi des agents de cette fonction. Ainsi, nous le voyons, il a concilié les opinions les plus généralement admises sur cette partie importante de la physiologie.

L'influence de la moelle sur la circulation partielle est démontrée, suivant M. Girard, par les expériences de Baumgaertner, qui prouvent qu'après la ligature de l'artère principale d'un membre, la circulation continue par les anastomoses, mais qu'elle cesse et ne se rétablit pas si on lie le nerf principal; par celles de Cooper, qui établissent que la circulation partielle a une activité proportionnée à celle des organes, et que, dans le cerveau des idiots, par exemple, les battements sont faibles, tandis qu'ils sont d'autant plus forts que le cerveau est plus actif. Il en est de même pour le cerveau de l'embryon; ce n'est que lorsqu'il est devenu le centre de la vie sensitive et intellectuelle qu'il attire plus de sang.

Quant à l'influence de la moelle sur les poumons, l'auteur rappelle les expériences nombreuses faites sur la huitième paire, et il admet que l'axe cérébrospinal agit sur l'appareil respiratoire par ce nerf, par les filets des nerfs vertébraux qui se mêlent aux ganglions, et par les nerfs thoraciques, agents des contractions des muscles pectoraux.

C'est encore par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique qu'il explique l'influence de la moelle sur l'estomac. Il rappelle les expériences de MM. Blainville, Dupuy, Brachet, Arnmann, Burdach, et il conclut que la moelle agit sur la fibre musculaire de l'estomac, sur la sensibilité, sur la vitalité, conséquemment sur la circulation et sur la sécrétion, etc., etc.

Relativement au foie, M. Girard pense que la moelle agit, 1° sur la sensibilité; 2° sur la sécrétion de la bile; 3° sur la contractilité des vaisseaux et canaux hépatiques. Le pneumogastrique est selon lui le nerf par lequel cette influence est transmise. C'est encore par ce nerf et par les nerfs rachidiens et ganglionnaires que les reins exécuteraient leur sécrétion.

Enfin, il établit l'influence de la moelle sur la peau par l'état de flaccidité et de sécheresse de celle des membres paralysés, par la sueur, le froid, la chaleur, la contraction, qui ont lieu dans cette membrane sous l'influence de certaines impressions.

De tous ces faits M. Girard conclut, savoir : que les ganglions exercent une influence sur la nutrition et sur les sécrétions; mais que, pour les animaux supérieurs, ils ne suffisent plus, et qu'il faut admettre que la moelle vient alors s'adjoindre à eux pour renforcer leur action.

La seconde partie du travail se compose de dix observations fort intéressantes, et les

recherches d'anatomie pathologique servent encore à l'auteur pour démontrer l'influence de la moelle sur quelques lésions organiques.

Enfin, profitant des données fournies par la physiologie et confirmées par la pathologie, M. Girard s'autorise à établir les deux propositions suivantes :

1° La moelle a une action sur les viscères ;

2° L'appréciation exacte de son état rend souvent compte de leur trouble fonctionnel.

Il suit de là, d'après M. Girard, qu'en combattant par des moyens appropriés, indiqués par l'expérience, la modification de vitalité du système nerveux spinal, on fait disparaître ces états morbides si voilés qui excitent au dernier degré la sollicitude du praticien dont le but unique est de guérir.

Nous croyons aussi volontiers à l'extension du pouvoir médical dans les maladies du système nerveux, et nous pensons que l'auteur de ce mémoire pourra revendiquer sa part de reconnaissance lorsque la science aura doté l'humanité de résultats plus immédiats.

Revue des journaux français.

REVUE MÉDICALE.

Expérience tendant à démontrer le mécanisme de l'inflammation ; par M. le docteur Robert-Latour.

Les recherches de M. Robert-Latour ont pour objet spécial d'établir que les animaux à sang froid ne sont pas susceptibles de contracter l'inflammation.

L'auteur a vainement soumis des carpes et des grenouilles à l'action de diverses causes irritantes, appliquées, soit sur la peau, soit dans la cavité abdominale ou dans l'épaisseur des tissus : il n'a jamais pu développer chez ces animaux les phénomènes inflammatoires.

Une cheville de bois est restée trois jours au milieu des chairs d'une carpe; des épingles ont traversé les membres de plusieurs grenouilles; un morceau de bois a été placé trente six heures en contact avec le mésentère d'un de ces batraciens ; un morceau de pomme de terre a séjourné beaucoup plus long-temps dans l'abdomen chez un autre ; un séton à la cuisse a été porté un mois par le même animal ; le derme d'une carpe a été cautérisé par l'acide sulfurique; le fer rouge a été appliqué sur la cuisse d'une grenouille; l'ammoniaque et la teinture de cantharides ont été introduites sur des carpes, dans des plaies produites par la scarification, l'incision ou l'ablation du derme ; et dans aucune de ces expériences si nombreuses, si variées, on n'a pu découvrir dans la partie irritée la moindre trace d'inflammation, de rougeur, de gonflement, d'injection sanguine ou de suppuration.

Lorsque M. Latour vint à se servir d'ammoniaque et d'eau salée pour ses expériences sur les grenouilles, il remarqua des caractères un peu différents : ainsi, s'il mettait de l'ammoniaque sur la peau d'une grenouille, il remarquait une rougeur vive, comparable à celle que produit un sinapisme ; s'il prolongeait l'application de cet agent irritant, la peau se recouvrait d'une matière rougeâtre, visqueuse, abondante ; mais l'animal mourait sur-le-champ, et déjà, avant la mort, ses vaisseaux ne contenaient que du sang coagulé. M. Latour est loin de regarder ces phénomènes comme inflammatoires; il les considère comme un effet de la décomposition du sang, dépouillé de sa partie fluide, qu'attire au dehors l'affinité de l'alcali, et arrêté dans son cours par sa coagulation dans les vaisseaux.

L'eau salée dans laquelle on plonge les grenouilles rougit aussi la peau et tue de même l'animal : mais, dans ce cas, le sang devient plus liquide, il est également décomposé ; la matière colorante s'en précipite, et c'est à ce phénomène chimique que M. Latour attribue la coloration de la peau, qui n'aurait, par conséquent, rien d'inflammatoire.

L'auteur de cet intéressant mémoire a constaté, par des expériences, que si l'on approche un fer rouge à quelques lignes de la membrane interdigitaire d'une grenouille placée au foyer du microscope, le sang se coagule, et la circulation s'arrête, sans qu'il y ait de dilatation apparente des vaisseaux. Le fer incandescent étant tenu à la distance de deux à trois pouces, la circulation s'accélère, et en maintenant ainsi les parties pendant un quart d'heure à une température assez élevée, sans trop les chauffer, M. Latour a vu la circulation continuer avec une extrême rapidité, devenir distincte dans les points où on ne l'apercevait pas auparavant, et les vaisseaux augmenter de calibre dans une proportion considérable.

Des altérations du sang dans les maladies ; par C. M. Gibert.

Le sang peut subir des altérations de *quantité* et de *qualité* ; sa densité, sa couleur, sa température, la proportion de ses principes constituants peuvent varier ; il peut, en outre, renfermer des substances étrangères, soit produites au sein de l'économie même, soit introduites du dehors ; ainsi la matière jaune de la bile a été découverte dans le sang chez les *ictériques* ; l'*urée* y a été reconnue après l'enlèvement des reins ; on y a trouvé des matières grasses en suspension, du pus, et quelques autres produits morbides. Bichat a trouvé le sang *sanieux* ; M. Andral l'a vu *lie de vin* ; MM. Breschet et Andral ont observé des *acéphalocystes* dans les veines ; M. Breschet y a trouvé de la mélanose ; M. Velpeau a rencontré dans un caillot san-

guin de la matière encéphaloïde, etc. Les miasmes, les virus, infectent sans doute le sang, avant de produire des symptômes pathologiques.

Considérant plutôt son sujet en médecin praticien qu'en expérimentateur, M. Gibert n'étudie les altérations du sang qu'à l'occasion des maladies où on les observe (quelquefois même on ne fait que les soupçonner).

§ I. 1° *Anémie.* — La plupart du temps, on constate à l'autopsie une *absence générale du sang*, et une décoloration universelle de toutes les parties naturellement rouges.

2° *Chlorose.* —D'après M. le docteur Jolly, le sang des chlorotiques se trouve dépouillé en partie de son principe colorant; sa partie cruorique ou fibrineuse est plus ou moins diminuée, et sa partie séreuse ou albumineuse plus ou moins dominante.

§ II. *Cachexie blanche* (scrofules, hydropisie, albuminurie, diabétès). — On remarque généralement, dans les maladies décrites sous le nom de *cachexie blanche*, un appauvrissement du sang.

§ III. *Flux* (choléra, hémorrhagie, scorbut). — Dans le choléra, le sang est si visqueux et si dépourvu de sérum, qu'il peut à peine couler des veines ouvertes dans la période algide; et sur le cadavre on le trouve semblable à de la gelée de groseille, au lieu de le trouver séparé en caillot et en sérum.

Les *hémorrhagies* paraissent être entretenues, dans un assez grand nombre de cas, par un état particulier du sang, analogue tantôt à celui qu'on observe dans la pléthore, tantôt à celui qui se rencontre dans le scorbut.

Le sang extrait par la saignée aux scorbutiques est plus fluide que de coutume; il donne un caillot petit, mou et friable, et bleuit rapidement le papier de tournesol, rougi par un acide.

§ IV. *Fièvre typhoïde.* — Le sang tiré dans la fièvre typhoïde, soit par la phlébotomie, soit au moyen des ventouses, présente des caractères particuliers : les caillots sont ordinairement noirâtres, sans couenne, entourés d'une petite quantité de sérosité, tantôt un peu trouble, tantôt claire, mais n'offrant jamais la limpidité du sérum de la pneumonie ou du rhumatisme articulaire; en même temps ils sont mous, plus ou moins faciles à couper avec les doigts, ou à rompre lorsqu'on les soulève. Dans des cas assez rares où les caillots offrent à leur surface de la couenne, cette production morbide ne constitue qu'un voile mince, à travers lequel un bon observateur saura toujours distinguer les véritables caractères de la fièvre typhoïde.

Ces caractères ne sont modifiés d'une manière notable que par des inflammations intenses. Ainsi, toutes les fois que, dans une fièvre typhoïde bien dessinée, on trouvera la couenne ferme, épaisse, et supportant le poids du caillot qui sera rétracté, mou et entouré d'une sérosité proportionnellement abondante et claire, on pourra affirmer que le malade est en même temps atteint d'une inflammation, et ce sera le plus souvent une pneumonie, ou une bronchite intense.

§ V. *Maladies fébriles par intoxication* (maladies pestilentielles, morve, phlébite, fièvres éruptives, etc.). — On remarque dans les fièvres éruptives la rage, la syphilis, des indices frappants d'une infection du sang; mais M. Gibert annonce que cette infection ne peut être établie que par le raisonnement.

Suivant M. Cruveilhier, le premier effet de toute phlébite, c'est la coagulation du sang avec adhérence aux parois du vaisseau : cette coagulation du sang avec adhérence s'observe dans la phlébite traumatique, comme dans la phlébite spontanée; plus tard, du pus se manifeste au centre du caillot, et ce pus peut se faire jour au dehors, ou bien être porté dans le torrent de la circulation.

§ VI. *Artérite, maladies du cœur, concrétions polypiformes.* — Il est probable que, dans les maladies des artères, le sang qu'elles contiennent, et par suite la masse du sang elle-même éprouve des altérations plus ou moins profondes. Il faut avouer que cette probabilité est beaucoup moins évidente ici que dans la phlébite.

§ VII. *Pléthore et maladies inflammatoires en général.* — Un caillot dense, ferme, volumineux, rutilant, obtenu du sang tiré, soit par la lancette, du système veineux, soit par les ventouses scarifiées du système capillaire avec une faible proportion de sérosité, tel est le caractère général du sang inflammatoire. Un autre caractère accidentel s'y joint assez souvent, c'est la formation d'une couche de fibrine blanchâtre et décolorée, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *couenne inflammatoire.*

§ VIII. *Rhumatisme aigu, goutte et gravelle.* — Il paraît certain, dit M. Roche, que dans le *rhumatisme*, outre l'inflammation articulaire, il existe une altération du sang qui tient même en partie celle-ci sous sa dépendance. Les signes de la pléthore, la tendance aux fluxions sur divers organes et aux hémorrhagies, la couenne qu'offre le sang des saignées, sont les principales raisons cliniques sur lesquelles l'auteur appuie son opinion. La *goutte* présente aussi une modification profonde et générale de l'économie, qui consiste en une animalisation extrême des liquides et des solides du corps vivant. Suivant M. Roche, une seule cause produit la goutte, et cette cause est une alimentation trop succulente; c'est à une cause analogue que l'on a attribué la *gravelle.*

§ IX. *Lésions de l'appareil de l'innervation, maladies de la peau, induration du tissu cellulaire.* — M. Andral est porté à croire, d'après les expériences sur la section du pneumo-

gastrique faites sur les chevaux, qu'indépendamment de l'effet indirect produit par la dyspnée qu'on observe alors, il peut y avoir encore un effet direct produit sur le sang par la suspension de l'action nerveuse. La diminution rapide de la fibrine du sang dans ces expériences semble venir encore à l'appui de cette opinion.

Le sang obtenu en incisant la peau d'enfants morts avec une *induration du tissu cellulaire* a fourni une matière fibrineuse peu tenace. Le sérum, séparé du caillot, s'est pris en gelée en totalité.

Des divers modes de terminaison des maladies aiguës ; par le docteur Hippolyte Combes, de Castres (Tarn).

Comment se terminent les maladies aiguës? Lorsque rien ne vient troubler la régularité de leur marche, lorsque les symptômes apparaissent successivement dans leur ordre accoutumé, et que la résolution arrive, on dit qu'elles ont présenté une terminaison naturelle.

Les maladies peuvent, sans changer de nature, revêtir la forme chronique.

Enfin, elles peuvent aussi se terminer par la mort.

1° *Terminaisons naturelles.*— Elles s'effectuent par voie de *résolution*, ou par les différentes espèces de *crises*.

La *résolution*, d'après M. Bérard, est la diminution graduelle de tous les symptômes, leur disparition complète, et le rétablissement de la santé. Cette définition s'applique aux maladies locales et aux maladies générales, et les unes et les autres sont susceptibles d'affecter ce mode de terminaison, ainsi que le démontrent les modifications successives par lesquelles passe l'organisme vivant, alors que l'équilibre est dérangé.

Quelques auteurs ont défini la *crise :* toute modification utile, survenant dans le cours d'une maladie. Selon l'auteur, c'est la dernière période d'une maladie qui a suivi son cours avec régularité.

Lorsqu'on a employé le mot crise sans rien ajouter à sa suite, on lui a fait signifier ordinairement une terminaison salutaire.

Quant à M. Combes, il reconnaît deux espèces de crises salutaires; les premières sont précédées de symptômes alarmants, accompagnées d'une excrétion abondante. Hippocrate a signalé ce fait, M. Brichetcau en cite un exemple; ce sont là *les crises proprement dites.*

Les secondes ne présentent pas cette exacerbation, durent plus long-temps, jusqu'à plusieurs jours, et s'opèrent d'une manière insensible; ce sont les *lysis.*

Il est des signes communs à toutes les crises; elles en ont aussi de particuliers. Dans toutes, on remarque la concentration des forces à l'intérieur, suivie de surexcitation, et quelquefois de symptômes alarmants.

On a voulu trouver la cause des crises dans l'*influence des astres et des nombres;* plus tard on les a mises sous la dépendance d'un principe actif, doué d'intelligence et de réflexion (stahlianisme). Les médecins physiologistes ont regardé la crise comme l'irritation d'un organe sécréteur, déplaçant celle qui constitue la maladie; comme le rétablissement d'une fonction que l'exagération d'une autre avait annihilée.

Pour M. Combes, les crises sont un certain état particulier de l'économie, se manifestant à certaine période des maladies, et annonçant une diminution dans l'intensité des symptômes ou leur disparition complète, dont l'essence nous est inconnue, et que nous n'apprécions que par ses effets.

2° *Transformation des maladies aiguës en maladies chroniques.* — Toutes les affections n'ont pas la même tendance à devenir chroniques ; il en est même qui ne sont pas susceptibles d'offrir ce mode de terminaison : telles sont la fièvre, les exanthèmes fébriles, etc. Mais il arrive souvent que certaines maladies aiguës ont une tendance évidente à la chronicité, c'est ce qu'on remarque dans cette classe d'affections désignées sous le nom de *spécifiques :* le rhumatisme et la goutte sont dans ce cas; il en est de même de certaines névroses. Dans les inflammations, on constate une disposition analogue plus ou moins prononcée, suivant la nature du tissu affecté. Les organes parenchymateux sont plus exposés aux plegmasies chroniques que le tissu cellulaire.

Le mécanisme par lequel s'opère ce changement est une loi qu'on ne connaît que par ses effets, mais dont l'essence échappe encore à nos investigations.

3° *Terminaison par la mort.* — Certaines maladies arrivent presque nécessairement et constamment à ce résultat. Elles ne sont pas guérissables; la rage est la confirmation la plus exacte de ce que nous venons d'avancer.

La mort est un fait primitif aussi incompréhensible dans son essence que la vie elle-même ; elle s'accomplit suivant un mode régulier et déterminé ; l'art ne peut empêcher qu'elle n'enlève un nombre de victimes relatif au nombre des vivants.

Nous avons assisté aux tendances de la nature médicatrice ; nous avons vu que souvent c'était à elle qu'il fallait attribuer le retour à la santé. Cette vérité nous a été démontrée dans ce que nous avons dit de la résolution et des crises. Mais quelquefois aussi les forces s'épuisent par l'effort dont notre organisation est le théâtre, et le malade ne peut résister à la violence du mal; il n'a pas assez de ressources pour échapper à une terminaison funeste.

Les épidémies nous apprennent qu'il ar-

rive souvent que la cause morbide a exercé sur tout l'organisme une influence délétère, qui se traduit d'une manière instantanée par une mort brusque et soudaine, ou par la déclaration de la maladie épidémique.

Des névroses, par le docteur Gibert.

En pathologie interne, la névrose est une maladie apyrétique sans matière, c'est-à-dire sans lésion matérielle appréciable.

M. Gibert parle d'abord des névroses *cérébrales*, qu'il distingue en quatre genres, suivant qu'elles attaquent le sentiment, le mouvement, l'intelligence, ou ces trois grandes fonctions à la fois.

1er genre : lésion du sentiment, *hémicrânie* ou migraine.

2e genre : lésion du mouvement, hypochondrie ou *mélancolie*, et *hystérie*.

3e genre : lésion de l'intelligence, ou *vésanie*.

4e genre : lésion des trois fonctions à la fois, *catalepsie*, *apoplexie*, *épilepsie*, *convulsions*, *syncope*.

1° La *migraine* n'est-elle pas l'exemple le plus frappant qu'on puisse offrir d'une maladie essentiellement nerveuse? Un individu bien portant se sent tout à coup atteint d'un sentiment de malaise et d'engourdissement, bientôt suivi d'une douleur vive le plus ordinairement bornée au front, même quelquefois s'irradiant dans toutes les divisions de la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, etc; au bout de quelques heures, de vingt-quatre au plus, le calme renaît.

2° L'hypochondrie ou la *mélancolie* est encore une névrose des mieux caractérisées; elle est souvent amenée par cette prédisposition physique dite, par les anciens, *atrabilaire*. L'atrabile était pour eux un sang épaissi et noirâtre, qui circulait mal et colorait le teint en noir, et aussi une bile épaisse et noire qui troublait les fonctions digestives. L'hypochondrie tient à une susceptibilité nerveuse générale, qui fait que l'on exagère la moindre sensation, soit sensuelle, soit viscérale, transmise au cerveau par les communications ganglionaires et spinales. L'hypochondrie peut coexister pendant un grand nombre d'années avec une santé générale très-bonne, à cela près des phénomènes nerveux indiqués. Mais, chez les sujets dont la constitution physique est primitivement *mélancolique*, il peut arriver qu'au bout d'un certain temps des dérangements matériels s'opèrent et que tel ou tel viscère s'affecte.

3° *L'hystérie* présente deux formes importantes à distinguer : l'une simple, qui est aux femmes ce que l'hypochondrie est aux hommes, et l'autre que caractérisent des accès convulsifs ou *attaques de nerfs*.

Comme l'hypochondrie, l'hystérie est le plus ordinairement due à une susceptibilité générale du système nerveux, et ce n'est pas dans une lésion locale quelconque qu'il faut en aller chercher la source ou le point de départ.

4° *Les vésanies* offrent le plus ordinairement, au début, une lésion purement nerveuse; mais, comme l'a si bien noté Van Swiéten, s'il est vrai que, dans plusieurs cas, les plaies de tête, par exemple, la frénésie, etc., une lésion matérielle peut déterminer une altération de l'intellect, réciproquement aussi le dérangement de l'esprit, en se répétant et en se prolongeant, finit par troubler d'une manière durable les fonctions organiques, et amener le développement d'une lésion matérielle consécutive.

5° Il existe certainement pour M. Gibert une *apoplexie* nerveuse ou sans matière ; le vice syphilitique produit quelquefois des névroses et des paralysies sans matière.

6° *Epilepsies*. Le plus ordinairement les épileptiques, lorsqu'ils succombent, comme c'est le cas le plus ordinaire, dans une attaque violente et prolongée, ne présentent à l'autopsie que des traces de la congestion cérébrale qui s'est opérée au moment de l'accès; quelquefois même il est survenu une véritable hémorrhagie cérébrale, comme dans l'apoplexie proprement dite.

La marche intermittente et les terminaisons, quelquefois inattendues de l'épilepsie, ne sont elles pas tout-à-fait caractéristiques d'une névrose?

7° Les *convulsions* proprement dites s'offrent parfois avec un caractère purement nerveux; telles sont celles qui, chez les enfants et même chez quelques adultes, sont provoquées par la présence des vers intestinaux ou par le travail de la dentition.

8° La cause la plus ordinaire de la *syncope* est l'anémie ; tantôt cette anémie est brusque, comme dans le cas d'hémorrhagie subite et abondante; tantôt elle est lente et graduée, et se rapproche plus ou moins de l'état chlorotique.

Arrivant ensuite aux névroses *rachidiennes*, M. Gibert dit que les principales névroses dont le point de départ peut être placé dans la moelle épinière sont la *chorée*, le *tétanos*, certaines *convulsions* et certaines *paralysies*, notamment la paralysie saturnine, qui ne laisse souvent aucune lésion matérielle, non plus que la *colique de plomb* elle-même, que plusieurs auteurs ont regardée comme une névrose du système ganglionaire.

ANNALES D'HYGIÈNE (1839).

De la fabrication du pain, par M. Gaultier de Claubry.

M. le préfet de la Seine avait chargé une commission spéciale de voir fonctionner, dans plusieurs boulangeries de Paris, des pétrins mécaniques construits d'après différents systèmes, et de donner son opinion sur la fabrication du pain au moyen de ces machines. La commission pensa que la simple

inspection des instruments et de leurs produits ne la conduirait pas à des conclusions satisfaisantes, et que son avis devait être appuyé sur des données plus larges et plus nombreuses. Elle se livra donc à une série d'expériences aussi intéressantes que l'aliment dont elles avaient la préparation pour objet; et elle dut commencer par se livrer à une étude assez approfondie de la panification et des conditions auxquelles elle est soumise, afin d'apprécier avec plus d'exactitude le degré de perfection avec lequel chacune de ces conditions était remplie par les divers procédés à examiner.

La farine se compose essentiellement, comme on sait, d'amidon et de gluten; les autres matières qui s'y rencontrent sont en trop petite quantité (sauf le cas de sophistication) pour influer d'une manière sensible sur la panification. Il faut en excepter toutefois la matière sucrée, qui existe dans la farine de froment. L'amidon et le gluten se trouvent dans des propotions très-variées dans les diverses farines, suivant l'espèce, la qualité, et le degré de conservation du grain qui les a fournies, le terrain sur lequel ce grain a été récolté, la température de l'année, le degré de maturité à l'époque de la moisson, etc. L'amidon forme avec l'eau une gelée inextensible, cassante; il ne fermente pas, même quand on y mêle des quantités notables de levain; soumis à la cuisson, il donne un pain mat, compacte et pesant, semblable à celui que les nègres préparent avec la fécule de cassave. Le gluten forme une pâte lamelleuse, extensible, élastique, qui, abandonnée à elle-même, fermente et se décompose rapidement comme les substances animales dont elles partagent la composition. Ces deux éléments sont répandus en proportions uniformes dans toutes les parties de la farine; la perfection du pétrissage consiste donc à mêler exactement la farine et l'eau pour que la fermentation soit égale dans toute la masse. Ce mélange fait et abandonné à lui-même, à la température de 20° ou 30° centigrades, il s'en dégage bientôt du gaz acide carbonique; la pâte se soulève, prend une odeur aigre et une saveur acide. Ces phénomènes se développent avec une certaine lenteur; mais l'expérience a appris qu'on peut en accélérer beaucoup la production en délayant dans l'eau dont on va se servir une certaine quantité de pâte déjà fermentée. De plus, cette eau doit avoir une température de 20° à 30° centigrades; au-dessus ou au-dessous de ces limites, la fermentation serait ralentie ou détruite. Mais c'est une erreur de croire que la chaleur des bras de l'ouvrier qui pétrit aide à la fermentation. Pour élever d'un degré la température de 100 à 150 kil. de pâte que le boulanger manipule ordinairement, il faudrait qu'il éprouvât un refroidissement énorme; ce qui n'arrive pas. Il n'est pas vrai non plus que l'introduction de l'air dans la pâte donne lieu à un plus grand nombre de pores et de cellules dans le pain. Ces cavités irrégulières sont dues exclusivement au développement intérieur de gaz, et notamment d'acide carbonique. La commission a mis ce fait hors de doute, d'abord en opérant dans un pétrin hermétiquement fermé, muni d'un long tube de verre recourbé, dont l'extrémité libre plongeait sous l'eau, ensuite en comparant les quantités d'air contenues dans des quantités égales de pâte pétries les unes à bras, les autres par les machines qui favorisent le moins l'introduction de l'air.

Le gaz acide carbonique qui se développe dans la pâte ne suffirait pas pour lui donner le degré d'acidité qu'elle possède; elle la doit en partie à l'acide acétique, résultant de la transformation de l'alcool, dont l'existence parmi les produits de la panification est aujourd'hui suffisamment démontrée. C'est particulièrement par le contact de l'air avec les diverses parties de la pâte que cette transformation a lieu; de là la nécessité reconnue de délayer les levains sous une quantité d'eau suffisante pour prévenir la déperdition et l'altération des produits. Par la même raison, la pâte ne doit pas rester trop divisée ni étendue sur une trop grande surface. Il est encore essentiel que dans le délayage des levains l'ouvrier ou la machine ne détruise pas la cohésion du gluten dont l'élasticité a une si grande influence sur la composition de la pâte.

Ces principes posés, et sans nous arrêter, avec le rapporteur de la commission, à décrire les opérations successives du pétrissage à bras, nous le suivrons dans l'examen du pétrissage par les moyens mécaniques.

Bien qu'on ait dû songer bien des fois à substituer les machines aux forces de l'homme dans cette opération pénible, le premier pétrin mécanique dont le souvenir se soit conservé ne remonte pas au delà de 1811. Ce pétrin, d'une simplicité remarquable, produisit de bons résultats, constatés par de nombreuses expériences, et cependant l'usage ne s'en répandit pas. En 1828, un second essai eut lieu, et fixa davantage l'attention; depuis lors des perfectionnements ont eu lieu, des procédés nouveaux ont été introduits, et la machine a perdu par degré toute sa simplicité primitive. Tous les pétrins soumis à la commission se composent d'une caisse ou auge, de forme variée, et d'un axe en fer, mis en mouvement par une manivelle, le plus souvent horizontale, quelquefois verticale; autour de cet axe, sont fixés tantôt un cylindre en fonte qui écrase la pâte, et la passe au laminoir, tantôt des peignes dont les dents viennent passer, par la rotation de l'axe, entre les dents de peignes semblables attachés aux parois du pétrin, tantôt des palettes disposées, soit circulairement, comme les ailes d'un moulin ou d'un van, soit en hélice de manière à chasser la pâte d'une extrémité à l'autre de l'auge, et à la ramener en tournant alternativement dans les deux

sens. Des expériences faites avec ces diverses machines, et dans lesquelles des précautions minutieuses ont été prises pour que tout fût égal entre les concurrents, la qualité de la farine, la qualité et la température de l'eau, etc., il résulte : 1° que la perfection du pétrissage diffère peu d'une machine à l'autre, et que le rang qu'elles occupent dépend, pour la majeure partie, de leur simplicité, de leur commodité relative, de la facilité plus ou moins grande de les réparer, etc.; 2° que le pétrissage mécanique offre sur le pétrissage à bras des avantages incontestables que nous allons indiquer rapidement.

1° Il est plus salubre car l'ouvrier, au lieu de mettre la pâte en contact avec sa poitrine et ses bras ruisselants de sueur, ne la touche que pour la diviser en pain et la peser; 2° il opère le mélange de la farine et de l'eau beaucoup plus exactement et plus uniformément qu'un homme à qui la force ou la bonne volonté peuvent manquer souvent; 3° par cela même que le mélange est plus exact, le rendement en pain est plus considérable; 4° dans un temps donné, le pétrissage mécanique peut fournir une plus grande quantité de pâte, et suffire à deux fours, avantages précieux dans les grandes manutentions; 5° il procurerait une économie sur la main-d'œuvre dans les grandes manutentions seulement, parce qu'il peut bien suppléer aux bras du boulanger, mais non à son intelligence, qui est indispensable au succès des opérations qu'exige la fabrication du pain; 6° il dispense l'ouvrier des mouvements violents et prolongés que lui impose le pétrissage à bras. Quant à l'action de la farine projetée dans l'air sur les voies respiratoires, elle est à peu près la même dans les deux méthodes, mais on en a singulièrement exagéré le danger.

On a reproché aux pétrins mécaniques que le fer qui entre nécessairement dans leur composition, introduisait une certaine quantité d'oxyde dans la pâte, et d'autre part en abaissait la température. La commission a démontré, par un calcul fort simple, qu'en supposant que la machine abandonnât 10 grammes d'oxyde par fournée de 100 kilogrammes (ce qui, à une fournée par jour, donnerait chaque année une déperdition, impossible à admettre, de 3,650 grammes), la quantité d'oxyde introduite dans la pâte serait seulement de 0,0001; c'est-à-dire insignifiante. Les expériences comparatives auxquelles la commission s'est livrée ont également démontré que la température de l'eau, quoiqu'elle s'abaisse en général davantage dans les pétrins mécaniques, reste toujours assez loin du degré au dessous duquel la fermentation est lente et imparfaite.

Ici se termine la partie vraiment hygiénique du travail que nous avons voulu faire connaître à nos lecteurs. Nous nous abstiendrons de suivre l'auteur dans l'exposé des causes nombreuses qui font varier le rendement en pain d'une quantité déterminée de farine, cette question, qu'il a traitée avec beaucoup d'étendue, nous ayant paru moins intéressante pour les médecins que pour l'administration.

Sur les enfants trouvés.

M. Benoiston de Châteauneuf est loin de prétendre avoir trouvé la solution de la question des enfants trouvés, depuis si longtemps débattue. Il se borne à résumer ce qui a été dit de part et d'autre sur ce sujet. Quant à lui, tout en reconnaissant les nombreux abus auxquels les hospices d'enfants trouvés ont donné lieu, il persiste à considérer ces établissements comme le seul moyen efficace, au moins dans nos mœurs actuelles, de remplir le devoir que nous imposent également la religion et l'humanité, envers la partie de la société la plus incapable de se rendre utile à elle-même. La suppression des tours, dans certaines localités, l'échange des enfants entre les départements limitrophes, ont produit quelques économies au prix de la vie de quelques milliers d'enfants : ne pourrait-on obtenir le même résultat, en le payant moins cher, en prévenant les fraudes par une surveillance active et sévère, en exigeant des femmes qui vont accoucher dans les hospices de maternité l'engagement de nourrir leur enfant pendant quelques jours ou de l'emporter à leur sortie? Ce moyen employé à Paris, et corroboré par de sages exhortations, par de légers secours donnés avec discernement, et bien plus encore par un allaitement de quelques jours, a fait descendre le nombre des abandons de 71 pour 0/0 à 45 pour 0/0. Ne pourrait-on, au lieu de cacher soigneusement aux mères la destination de leurs enfants abandonnés, leur faire connaître le lieu où ils sont en nourrice, et leur permettre de les voir? Enfin, M. Benoiston veut qu'on ne renonce pas, en vue de quelques inconvénients, à une institution que tout le monde approuve d'instinct, même ceux qui lui opposent une froide et atroce logique; et il croit qu'en cherchant avec sagesse et persévérance, on finira par concilier l'humanité, la morale et le budget.

Peut-on déterminer l'époque à laquelle un fusil a été tiré pour la dernière fois, même lorsque ce fusil a été lavé?

M. Boutigny, pharmacien à Evreux, qui s'était déjà occupé de cette question, a été conduit, par suite d'une accusation d'homicide portée devant la cour d'assises de l'Eure, à faire une nouvelle série d'expériences sur ce sujet. Aux produits de la combustion de la poudre, indiqués par lui ou par d'autres chimistes, il affirme qu'on doit ajouter l'acide sulfurique, et que l'absence de cet acide, ou plutôt des sulfates dans l'eau de lavage d'un fusil, prouve que cette arme a été lavée après

le tir. Si le fusil a été rechargé, les bourres, au lieu de présenter la couleur noire ou grise qu'elles acquièrent dans un fusil non lavé, offriront une teinte jaune verdâtre au bout de quelques heures, jaune d'ocre un peu plus tard, puis enfin rouge de plus en plus foncé. Passé le cinquième jour, cette coloration ne varie plus; M. Boutigny insiste pour que, dans les cas où la justice aura à demander l'examen médico-légal d'une arme à feu, on ait soin, immédiatement après la saisie de l'arme, d'en boucher les canons avec du liége, d'en entourer soigneusement la batterie avec du papier, et de la remettre tout de suite aux experts.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Sur la nicotiane et sur son efficacité dans différentes affections morbides, par M. Szerlecki.

Nous avons déjà rendu un compte favorable de la première partie du travail de M. Szerlecki. Nous allons poursuivre l'analyse de son mémoire et en exposer les principaux résultats, qui ne manqueront pas d'intérêt. L'auteur, dans des considérations générales assez étendues, avait établi la valeur thérapeutique de la nicotiane, et montré suffisamment les propriétés spéciales, encore peu connues, et pourtant si remarquables, dont elle jouit, pour que les praticiens considèrent désormais cette plante comme une ressource utile dans une foule de circonstances. M. Szerlecki aborde, dans cette seconde partie, les classes de maladies dans lesquelles il n'avait fait qu'indiquer son emploi. Une chose a dû frapper, c'est la diversité d'action de la nicotiane, suivant les doses auxquelles elle est administrée, et l'analogie d'action qu'elle présente, dans certaines maladies, avec plusieurs autres médicaments. Ainsi, la nicotiane a, par ses effets, dans des cas pathologiques déterminés, la plus grande analogie avec la digitale agissant sur le cœur, dans l'hémoptysie et les hémorrhagies; avec la digitale, comme diurétique, dans l'hydropisie; avec le tartre stibié, dans la pneumonie; avec la belladone, dans les hernies étranglées; avec l'opium, dans le tétanos; avec la noix vomique, dans les paralysies.

Voyons comment l'auteur établit les diverses propriétés curatives du tabac.

Hémoptysie. — D'après un grand nombre d'expériences physiologiques, dit M. S., il est démontré que le tabac agit puissamment sur les mouvements du cœur; de plus, il est un excellent diurétique; ces propriétés ont été appliquées au traitement de l'hémoptysie et d'autres hémorrhagies, et au traitement des hydropisies.

M. Bauer assure avoir observé les plus heureux effets de l'emploi de la teinture de nicotiane, dans le traitement de l'hémoptysie active, dans plusieurs cas d'hémorrhagie, où les saignées réitérées et d'autres moyens avaient été sans effet. Il a administré la teinture de tabac à la dose de deux à trois gouttes, toutes les heures. Les expériences de M. Schubarth sont aussi confirmatives.

Hydropisie.—Déjà, au dix-septième siècle, le tabac a été préconisé contre l'hydropisie, et notamment contre l'ascite. Magnenus, et plus tard Fowler, ont constaté les premiers les vertus diurétiques du tabac. Fowler recommandait l'infusion suivante comme un remède souverain contre l'hydropysie :

Prenez : feuilles sèches de tabac, 30 gram.
eau bouillante, 500

Laissez macérer, pendant une heure, dans un vase clos, et au bain-marie; exprimez ensuite 120 grammes (4 onces) de cette infusion et ajoutez : alcool rectifié, 60 grammes (2 onces). Cette teinture se prend deux fois par jour, à la dose de 40 gouttes. Fowler a porté la dose successivement jusqu'à 200 gouttes, en augmentant par 5 ou 10 gouttes. Il rapporte vingt-deux cas différents d'hydropisie, dont la plupart ont été combattus et guéris par le tabac.

M. le professeur Fouquier a aussi employé depuis long-temps, avec succès, la nicotiane dans les hydropisies.

Pneumonie. — Robert Page cite plusieurs observations de pneumonie guérie par le tabac, alors que l'aggravation allait croissant malgré le traitement anti-phlogistique. Il s'est servi, dans ces cas, du lavement suivant, qu'il n'a pas eu besoin d'administrer plus d'une fois, dit-il :

Feuilles de tabac, 1 gramme 75 centigr.
Eau bouillante, 360 grammes.

Faites infuser pendant une demi-heure et administrez.

Hernies étranglées. — Après avoir cité les travaux de Heister, Schaffer, Richter, Hannemann, etc., sur les hernies, M. Szerlecki passe en revue les différents modes d'administration du tabac. Les lavements d'infusion de feuilles de nicotiane sont, selon lui, de beaucoup préférables à ceux de la fumée, vantés par Richter et Dehaen. *Fumus tabaci*, dit ce dernier, *per anum injectus, et in ileo et in herniâ incarceratâ summas in arte meretur laudes.*

M. Szerlecki conseille de prescrire pour un lavement 2 à 4 grammes de feuilles de tabac. Cependant on règlera la dose d'après l'individualité du malade. Les lavements de fumée de tabac ne sont indiqués que lorsque l'on a besoin d'un remède stimulant, et que l'atonie intestinale est considérable, surtout dans les cas où il y a accumulation d'une

grande quantité de matières fécales dans la hernie.

L'auteur examine ensuite l'action de la nicotiane dans l'iléus, l'ischurie, la coqueluche, le tétanos et les paralysies; il indique les nombreuses ressources qu'on peut tirer de cet agent thérapeutique et son heureuse intervention dans la série des maladies que nous avons citées, etc. En somme, le mémoire de M. Szerlecki offre une source importante où le praticien pourra puiser avec fruit.

De l'influence de la digitale sur les contractions de l'utérus, par M. Piédagnel.

Dans cette note, M. Piédagnel, tout en admettant une analogie d'action entre la digitale et la nicotiane, conteste d'abord au premier de ces deux médicaments la propriété diurétique que plusieurs thérapeutistes lui accordent. En effet, dit-il, si la digitale augmente la sécrétion de l'urine, elle diminue nécessairement la masse du sang; et moins il y a de sang dans le système sanguin, plus les battements du cœur sont fréquents, comme le prouvent les saignées répétées, les hémorrhagies, etc. Ces deux phénomènes semblent donc s'exclure.

Partant ensuite d'un principe avoué par tous les praticiens, savoir : que la digitale agit dans l'économie en diminuant la fréquence des battements du cœur; qu'elle agit, par conséquent, sur un muscle de la vie organique, M. Piédagnel a voulu tirer parti de cette propriété, en administrant la digitale dans quelques cas de contractions de l'utérus, avant et après l'accouchement.

Nous allons rapidement spécifier les cas dans lesquels M. Piédagnel a retiré de l'emploi de la digitale un résultat avantageux.

Pendant la gestation, il arrive que quelques femmes sont affectées de douleurs vagues dans l'utérus, qui les tourmentent et les fatiguent beaucoup : dans ces cas, une tasse d'infusion de digitale, prise tous les matins, fait cesser les douleurs.

Pendant l'accouchement, les douleurs de reins, qu'on rencontre si fréquemment, et dont les accoucheurs ne se sont pas encore rendu bien compte, ont été souvent calmées par l'administration de la digitale. On a attribué tout récemment ces douleurs de reins à la contraction isolée des fibres superficielles ou profondes de l'organe; mais un examen attentif a fait établir à M. Piédagnel qu'elles sont le résultat des contractions de la partie inférieure de l'utérus et de toute la circonférence de cette partie de l'organe.

La digitale a été aussi administrée avec succès, après l'accouchement, lorsque les douleurs utérines ont persisté. Elle a paru contre-indiquée à M. Piédagnel dans les accouchements prématurés, dans les avortements, etc.

Quant au mode d'administration, l'auteur de cette note emploie ordinairement une infusion d'une feuille fraîche de digitale, ou deux feuilles sèches, dans une tasse d'eau, et prise en une seule fois, ou une potion antispasmodique dans laquelle il fait entrer de 30 à 60 centigrammes de poudre de digitale, que les malades prennent par cuillerée, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à cessation des douleurs.

Note sur les bons effets de l'ammoniaque dans l'ivresse, par le D. Gervais, de Cherbourg.

Les propriétés thérapeutiques de l'ammoniaque ne sont pas encore établies d'une manière incontestable; Chantourelle avait accusé cet alcali d'impuissance contre l'ivresse; MM. Trousseau et Pidoux, dans leur *Traité de thérapeutique*, l'ont accusé d'insuffisance. Le nombre des faits n'est peut-être pas encore suffisant pour éclairer tout-à-fait cette question obscure. Cependant, nous le pensons du moins, les quelques observations qui existent sont relatées de manière à entraîner dans l'affirmative l'opinion encore indécise.

M. le docteur Gervais, de Cherbourg, vient de publier quatre cas d'ivresse grave dans lesquels l'efficacité de l'ammoniaque ne peut être contestée.

C'est un devoir pour les médecins de fournir à la science tout ce qui peut tendre à résoudre les questions douteuses.

Dupuytren, dans sa clinique, avait fait observer bien des fois l'active efficacité de l'ammoniaque; aussi avait-il promis de poursuivre ses expériences, et de rapporter ses observations sur l'action de ce remède dans l'ivresse.

On administre ordinairement l'ammoniaque à la dose de 15 à 20 gouttes dans 4 onces d'eau.

Note sur le traitement abortif de l'ophthalmie purulente, au moyen du nitrate d'argent à haute dose, par M. Velpeau.

Nous avons déjà mentionné dans ce journal l'usage que M. Velpeau a fait des préparations de nitrate d'argent dans le traitement des ophthalmies aiguës. Ce chirurgien a multiplié à l'infini l'emploi de ce médicament, dans les nombreuses variétés d'ophthalmie, notamment dans l'ophthalmie purulente.

On sait que cette inflammation qui, selon le chirurgien de la Charité, débute constamment par la conjonctive oculaire chez les adultes, et par la conjonctive palpébrale chez les nouveau-nés et les jeunes sujets, marche avec une telle rapidité, que l'œil finit souvent par se perdre dans l'espace de quelques jours, et que presque tous les traitements qu'on lui a opposés jusqu'ici sont restés inefficaces. De l'aveu de tous les praticiens, en effet, on n'arrête les conjonctivites

franchement purulentes, ni par les émissions sanguines répétées, ni par les purgatifs à haute dose, ni par le calomel, ni par les frictions mercurielles, ni par les collyres de toute espèce, ni par les scarifications, ni par la cautérisation dans le plus grand nombre des cas.

Se livrant à de nouveaux essais sur cette classe de maladies, M. Velpeau est arrivé à en triompher presque constamment, quand le moyen dont nous allons parler est mis en usage avant que la cornée soit envahie.

M. Velpeau se sert toujours d'une solution très-chargée de nitrate d'argent; 2 grammes de nitrate pour 30 grammes d'eau. Il va même jusqu'à 4 grammes pour la même quantité d'eau distillée. Il fait lotionner toute la surface enflammée, toute la conjonctive purulente, deux ou trois fois le jour. La maladie est ordinairement arrêtée en vingt-quatre heures, de manière à ne plus inspirer de crainte. On continue de la combattre les jours suivants avec le même médicament un peu affaibli, ou par les moyens vulgairement employés contre les ophthalmies simples.

Le même traitement est fort efficace pour les ophthalmies blennorrhagiques.

Sur l'amaurose chlorotique et sur son traitement, par M. Florent Cunier.

M. Cunier, dans cette note, cherche à appeler l'attention des médecins sur l'amaurose dépendante d'un état chlorotique. Il signale quelques faits qui ne sont pas aussi absolus que ceux de M. Blaud, mais qui ne laissent pas cependant que d'avoir une assez grande valeur pratique. Deux observations bien détaillées mettent en relief l'excellence de sa méthode curative.

Après avoir montré la gravité de l'amaurose dépendant de la complication cérébrale d'une affection chlorotique, M. Cunier termine ainsi : « Bien qu'il soit rare de voir la complication encéphalique acquérir les caractères de lésion organique, il ne faut pourtant pas se faire illusion; ce qui n'est d'abord, dit-il, qu'un dérangement fonctionnel, peut très-bien, à la longue, devenir organique. » Nous croyons volontiers à l'efficacité des diverses pilules et potions antichlorotiques tant vantées; mais nous pensons cependant avec l'auteur qu'elles ne sont pas toujours suffisantes dans les cas de complication encéphalique avec amaurose, etc. Les ventouses, les vésicatoires à la nuque, des sangsues à la tête, l'aloès à l'intérieur, en même temps que de bonnes précautions hygiéniques, et enfin très-souvent la strychnine lorsque l'amaurose est ramenée à son état de simplicité, constituent les moyens dont M. Cunier a retiré de très-grands avantages. Ce médecin, pour panser les vésicatoires qu'il prescrit dans le traitement de l'amaurose, se sert d'une *huile strychninée* (1 gramme 20 centig. de strychnine dissous dans 30 grammes d'une huile quelconque, ce qui donne 5 centigrammes par 20 gouttes); 12 ou 15 gouttes de cette huile sur les surfaces dénudées ont presque toujours amélioré la maladie.

De l'emploi intérieur de l'huile de morue dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse, par M. Piffard, de Brignoles.

L'huile de foie de morue préconisée contre le rachitisme vient d'être aussi employée avec succès par le D. Piffard dans deux cas des plus graves d'ophthalmie scrofuleuse.

Le sujet de la première observation est une jeune fille de seize ans, non menstruée, à face bouffie, pâle, présentant le type d'un tempérament essentiellement scrofuleux. Conjonctives rouges, sur les bords libres des paupières plusieurs pustules, dont quelques-unes, ulcérées, ont un fond grisâtre; larmoiement, photophobie des plus intenses; la cornée transparente de l'œil droit présente une large ulcération par où s'échappe l'iris; cécité complète de cet œil.

La vision n'est point entièrement perdue à gauche; toutefois, il est nécessaire que la malade dirige tout-à-fait en bas le globe de l'œil, le segment inférieur de la cornée transparente portant aussi encore une petite ulcération au travers de laquelle une portion de l'iris forme hernie. Cette enfant a de plus, sur le côté gauche de la poitrine, deux larges plaies scrofuleuses, dont les bords sont décollés dans une assez grande étendue.

La malade entre à l'hôpital. Le D. Piffard ordonne, dès le lendemain, une cuillerée à café d'huile de foie de morue à prendre le matin à jeun; trois jours après, la malade en prit une cuillerée à café matin et soir; enfin on augmenta de trois jours en trois jours la dose, jusqu'à ce qu'il en fût donné une cuillerée à bouche matin et soir. Dans l'espace d'un mois cette fille en but ainsi bien près d'une livre. Un régime tonique fut joint au traitement.

La malade sort de l'hôpital sans qu'elle ait éprouvé, en apparence, aucune amélioration sensible.

Deux mois après, le D. Piffard revit cette enfant qui, depuis sa sortie, n'avait fait aucun remède, dans un brillant état de santé; la rougeur et les ulcérations palpébrales ont entièrement disparu; l'œil gauche est parfaitement net, l'iris mobile, la vue intacte. Au centre de la cornée transparente de l'œil droit existe une cicatrice qui gêne un peu la vision de ce côté; l'iris présente plusieurs adhérences qui donnent à la pupille une forme très-irrégulière. Les plaies du thorax sont guéries. Depuis, maintes fois la malade a été revue par le D. Piffard, la guérison ne s'est point démentie.

La seconde observation présente à peu

près les mêmes caractères. La guérison aussi a été lente, mais assurée. Ce n'est qu'après un ou deux mois de l'usage de l'huile de morue qu'il faut compter sur une amélioration.

En raison de l'extrême répugnance que les malades éprouvent à prendre l'huile de foie de morue, M. le D. Piffard engage les médecins et pharmaciens à faire des essais capables de neutraliser le goût et l'odeur infects de ce médicament, qui peut être appelé à rendre de grands services à la thérapeutique.

Sur le traitement des paralysies, et en particulier sur les indications de l'emploi des préparations de strychnine et de noix vomique, par M. Petrequin.

Les recherches pratiques sur les paralysies constituent une branche importante de la pathologie, si l'on a égard à la fréquence de ce genre de maladies, à leur caractère rebelle, et à l'espèce d'abandon où souvent elles languissent. Nous avons pris soin plusieurs fois d'entretenir nos lecteurs de ce sujet intéressant. Nous y revenons volontiers à l'occasion d'un mémoire important publié récemment par M. Pétrequin. Nous indiquerons rapidement les recherches auxquelles s'est livré cet habile expérimentateur, puis nous passerons à la nature et au mode de médication qui lui a réussi dans le plus grand nombre de cas.

M. Pétrequin a reconnu que les préparations de noix vomique agissent différemment sur les nerfs du mouvement et sur les nerfs du sentiment. Il a étudié 1° les paralysies isolées du mouvement; 2° les paralysies isolées du sentiment, où rentrent les anasthésies cutanées, et plusieurs maladies des organes des sens, comme quelques amauroses, quelques surdités, etc.; 3° les paralysies simultanées du mouvement et du sentiment, les plus communes de toutes, et en général les plus graves pour la vie, etc.

Les préparations de noix vomique, d'après M. Andral (M. Pétrequin confirme le fait), semblent surtout efficaces contre les paralysies dont la cause ne paraît pas résider dans une lésion inflammatoire des centres nerveux. On en retire aussi, dit M. Pétrequin, beaucoup d'avantages dans la paralysie saturnine; c'est même le moyen le plus énergique et le plus sûr.

Elles réussissent également bien dans les paralysies traumatiques. L'essentiel est seulement de ne médicamenter qu'en temps convenable.

Dans quelques paralysies qui se lient ou succèdent aux névralgies, la première indication est de traiter l'affection névralgique; on administre consécutivement les préparations de noix vomique.

Dans les cas où M. Pétrequin a donné la strychnine, il a débuté ordinairement par un huitième ou un quart de grain par jour; il a augmenté progressivement la dose jusqu'à 1 ou 2 grains par jour, c'est-à-dire 5 et 10 centigrammes, etc., et cela plus ou moins vite, selon la susceptibilité du sujet, et d'après la nature et l'intensité des phénomènes qui s'opèrent.

A l'extérieur, M. Pétrequin a beaucoup fait usage de la strychnine, il l'a employée pure ou associée à la noix vomique. Les vésicatoires ammoniacaux, pansés avec un mélange formé d'un quart de grain de strychnine et d'1 à 2 grains de noix vomique en poudre (5 à 10 centigrammes), lui ont été d'un grand secours.

M. Pétrequin termine en indiquant les lieux d'élection pour les vésicatoires produits instantanément par la pommade ammoniacale.

Le lieu le plus convenable pour ces vésicatoires varie suivant les cas : dans la goutte sereine, c'est sur le front, autour de l'arcade sourcilière; dans les paraplégies, c'est sur le point de la colonne vertébrale qui correspond au siége du mal; dans les paralysies, suite de sciatiques, c'est à côté de l'ischion, dans l'endroit même où le nerf sort du bassin; dans les anasthésies cutanées, c'est au milieu même de la surface affectée qu'il faut placer le vésicatoire, comme Marc-Antoine Petit, de Lyon, le faisait pour les érysipèles. Ces indications suffiront pour servir de guide dans les autres cas de ce genre.

M. le professeur Trousseau, à l'hôpital Necker, a employé aussi, avec beaucoup de succès, dans quelques cas de paralysie, les vésicatoires ammoniacaux saupoudrés de strychnine ou de morphine.

Note sur la section du sterno-cleido-mastoïdien dans le torticolis musculaire ancien, par M. Bouvier.

M. Bouvier, pour servir à l'histoire du torticolis musculaire, rapporte le fait suivant, dont le résultat a été placé sous les yeux de l'Académie de médecine, dans la séance du 4 février dernier.

Le jeune malade, qui fait le sujet de cette observation, est âgé de quatorze ans; il portait, depuis son bas âge, un torticolis permanent produit par le raccourcissement du sterno-cleido-mastoïdien gauche. Les parents n'ont pu donner que peu de renseignements sur les circonstances qui ont amené cette contraction. Ils disent que leur enfant a commencé vers l'âge de quatre ans à porter la tête de côté.

Le malade pouvait augmenter la rotation de la tête à droite; mais le mouvement contraire était très-borné, et, lorsqu'il s'efforçait de le produire, la tête fléchissait involontairement à gauche. Le côté gauche du cou était concave et plus court que le côté droit, qui décrivait une convexité assez prononcée, le long de laquelle se présentait le sterno-cleido-mastoïdien correspondant, ten-

du, très-allongé, et en quelque sorte collé sur les parties profondes.

Du côté gauche, le tendon sternal était soulevé, saillant, tendu; la portion du muscle correspondante, ou le sterno-mastoïdien d'Albinus, résistait fortement quand on voulait ramener la tête dans une attitude contraire à celle qu'elle avait prise, et sa tension devenait alors extrême. La portion claviculaire (cleido-mastoïdien) faisait au contraire peu de saillie, et se tendait faiblement dans les efforts qu'on exerçait sur le muscle.

Il s'agissait donc de cette forme de torticolis déjà signalé par Richter, MM. Dieffenbach, Stromeyer, etc., dans laquelle la contracture affecte presque exclusivement le faisceau sternal, et dont M. Bouvier, dans son mémoire, a recherché le rapport de fréquence avec la contracture du faisceau claviculaire et avec celle de la totalité du muscle.

M. Bouvier pratiqua, le 2 décembre dernier, la section du faisceau sternal du sterno-cleido-mastoïdien gauche, suivant le procédé exécuté pour la première fois par Dupuytren, et répété ensuite bien des fois par le professeur Dieffenbach.

Le malade étant assis sur une chaise, la tête maintenue dans une situation propre à augmenter la saillie et la tension du muscle, celui-ci fut soulevé à peu de distance du sternum, par l'indicateur de la main gauche; le couteau de Stœss fut glissé sous le muscle, au moyen d'une légère ponction faite préliminairement à la peau, et le tranchant de l'instrument, conduit d'arrière en avant, divisa le tendon sternal et les fibres charnues qui l'accompagnent. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang. La position de la tête fut aussitôt améliorée et sa résistance au redressement en partie effacée. Un morceau de taffetas d'Angleterre, placé sur la petite plaie des téguments, et soutenu par une compresse et une bande à saignée constitua tout le pansement.

Le malade n'eut pas un instant de fièvre, et continua à manger comme à son ordinaire.

On ne remarqua, dans le lieu de la section, qu'une ecchymose qui disparut en peu de jours, et un léger gonflement accompagné, jusqu'au troisième jour seulement, d'un peu de sensibilité à la pression vers l'attache du muscle au sternum.

Le surlendemain de l'opération, la piqûre était complètement fermée.

M. Bouvier appliqua alors un appareil mécanique, destiné à allonger la portion restante du muscle, à prévenir la rétraction de la cicatrice qui allait se former.

Nous renvoyons au *Bulletin de thérapeutique*, numéro du 30 mars 1840, pour la description de cet appareil, qui a été déjà employé avec beaucoup de succès par M. Bouvier. En outre, une planche représente le dessin fort exact de cet appareil.

Description d'un appareil pour faire des capsules en gélatine, par M. Hunoult Desfontenelles.

On prend une vessie natatoire de tanche ou de tout autre poisson : les poissons de cinq à sept pouces de longueur donnent des vessies convenables; on la fixe au bout d'un tube en cuivre avec du fil fin, on recouvre la ligature avec un petit tuyau. Le tube, dans sa partie moyenne, contient une petite soupape qui le ferme de bas en haut. Au-dessous il y a un petit trou qui se trouve fermé par une petite clef. En soufflant par l'extrémité du tube, la vessie se tend et reste dans cet état, puisque la soupape, qui est fermée par l'effort de l'air insufflé, empêche l'air de sortir. On prépare une solution de gélatine semblable à celle proposée par M. Garot pour recouvrir de gélatine les pilules. On imprègne la vessie d'axonge, pour que la gélatine ne puisse y adhérer, et on la plonge dans la solution, de façon à ce qu'elle soit bien recouverte de gélatine. On la retire, on roule le tube dans ses doigts pour que la solution se répande d'une manière uniforme sur la vessie tendue, et on laisse refroidir. Lorsque le refroidissement est complet, on détache la capsule fixée au bas du tube, en faisant, à l'aide d'un canif, une incision tout autour. On ouvre la clé, l'air s'échappe et le moule peut être facilement retiré, puisque, privé de l'air qui le tendait, il peut se replier sur lui-même. Avec sept ou huit de ces moules, on peut préparer un grand nombre de capsules, surtout dans les temps froids.

On pourrait, au lieu de vessie natatoire, employer des petits moules faits avec la baudruche, ou avec de la gaze recouverte d'un vernis de caoutchouc. On ferait un petit moule en argile, on y adapterait un tuyau de plume et on le laisserait sécher. On recouvrirait ensuite le moule avec la gaze ou la baudruche; on la fixerait avec du fil sur le tuyau de plume, et on appliquerait plusieurs couches de vernis. Lorsque le vernis serait sec, l'on pourrait faire sortir l'argile par l'ouverture, et l'adapter ensuite sur l'appareil.

L'emploi des vessies natatoires peut encore être mis en pratique d'une manière très-simple; il s'agirait de refouler l'air contenu dans le tube à l'aide d'un piston. Cet air dilaterait la vessie; lorsque la couche gélatineuse serait sèche, on retirerait le piston, la vessie se retirerait sur elle-même et on pourrait enlever la capsule.

Revue des journaux étrangers.

Remarques sur le collapsus survenant dans le traitement d'affections pneumoniques aiguës.

Nous n'eussions pas fait mention de ce mémoire, si ce n'était pour signaler combien le diagnostic est encore négligé par quelques médecins étrangers, qui, pourtant, n'hésitent nullement à se poser en autorités. Ainsi en voici un, dont nous tairons le nom, qui va parler d'une série de symptômes alarmants qui ont succédé, dans quelques cas, à la période inflammatoire de la pneumonie et de la pleurésie; et il rapporte cinq observations, fort incomplètes, de malades atteints de douleurs dans un côté de la poitrine ; mais de percussion et d'auscultation, il n'en est pas plus question qu'il y a cent ans. Nous ne sommes certes pas de ceux qui pensent que ces deux puissants moyens de diagnostic donnent la mesure exacte de l'intensité du mal, et de la réaction que le malade y opposera ; mais il n'est point permis aujourd'hui de négliger tout ce qui peut aider le jugement du médecin. Or l'auteur, qui dit avoir été, dans presque tous ces cas, surpris par une amélioration trompeuse des symptômes les plus saillants, ne l'eût peut-être pas été si la percussion et l'auscultation lui eussent fait voir qu'il était encore loin de la résolution.

Quant au traitement, nous ne saurions dire s'il a toujours été approprié aux indications ; il a principalement consisté dans de larges saignées, que l'auteur justifie par la douleur de côté et l'oppression. On y joignait, comme c'est l'usage en Angleterre, les purgatifs salins, le calomel et l'opium. Il y a deux cas de mort, mais pas d'anatomie pathologique ; dans les autres cas où le médecin a été plus heureux, il avait combattu le collapsus par des toniques énergiques, du bouillon de bœuf (thé de bœuf), et des doses de vin moins timides que celles que nous administrons en France, plusieurs verres par jour.

(*The Edinburgh medical and surgical journal;* avril, 1840.)

De la rougeole des auteurs allemands, avec quelques réflexions sur l'épidémie rubéoleuse qui a régné à Leith et aux environs ; par R. Paterson, médecin du dispensaire de Leith.

L'auteur a en vue de décrire ici une affection exanthématique qui tient de la rougeole et de la scarlatine, et qui a aussi des caractères qui lui sont propres. Voici comment il caractérise cet exanthème : une éruption de piqûres cramoisies, envahissant rapidement les téguments par plaques irrégulières, à angles obtus, d'une étendue en rapport direct avec l'intensité des symptômes, durant de six à dix jours, se terminant par de squammation, précédée et accompagnée de fièvre, de larmoiement, de coryza, d'angine.

Nous croyons que c'est par pure méprise de noms que M. Paterson attribue la première description de la rougeole à Avicenne, au lieu de la rapporter à Rhazès; quant à ce qui regarde la scarlatine, Prosper Martianus, médecin à Rome dans le dix-septième siècle, est le premier qui l'ait distinguée de la rougeole. Mais, vingt ans avant que Sydenham décrivît une épidémie scarlatineuse, Morton confondait encore les deux exanthèmes sous le nom de *morbilli confluentes*. Sauvages ramena la confusion, en substituant le mot espagnol *rubeola* au mot morbilli; il y en eut qui rapportèrent le premier à la scarlatine, d'autres à la rougeole, comme c'était l'intention de Sauvages.

Hildenbrand a décrit, comme trois maladies diverses, la rougeole (morbilli), la scarlatine et la rubéole ; c'est sur cette dernière, nommée par les Allemands *rotheln*, que l'auteur appelle l'attention. De peur d'amener de la confusion par le mot rubéole, il se sert du mot allemand rotheln dans tout le cours de sa description anglaise ; notre langue étant moins hospitalière, nous préférons, ces prémisses données, nous servir du mot rubéole pour l'affection mixte dont il est ici question.

Lellius, auteur allemand, l'a le premier signalée à la fin du siècle dernier, et son individualité a été maintenue par Ziegler, Reil, Hufeland, Scheffer, Hildenbrand et bien d'autres. Les Anglais n'en ont pas encore de description, au dire de M. Paterson, et nous ne sachons pas non plus qu'il en existe en France.

Nous ne voyons, dans la première période, rien qui se distingue essentiellement de la scarlatine et de la rougeole ; le symptôme précurseur le plus caractéristique, selon Hildenbrand, l'angine tonsillaire, existe aussi dans la scarlatine; mais comme l'ophthalmie, qui est commune à la rubéole et à la rougeole, n'existe pas dans la scarlatine, les Allemands se croient autorisés à regarder la réunion de l'angine et de l'ophthalmie, comme un signe particulier à leur nouvelle maladie ; l'odeur de poisson est commune à la scarlatine et à la rubéole, mais plus intense dans cette dernière.

A la seconde période, la rubéole se rapproche de la rougeole ; l'éruption apparaît au troisième ou quatrième jour, tandis que, dans la scarlatine, elle a presque toujours lieu dès le second.

Cette éruption ne forme qu'une seule plaque uniformément rouge dans la scarlatine ; dans la rougeole, ce sont des croissants ou des plaques semi-circulaires ; dans la rubéole, ce sont des plaques irrégulières à angles, qui dépassent souvent l'étendue d'un écu de cinq francs, et dont la rougeur est plus intense au centre que vers les bords.

L'élévation des plaques au-dessus du niveau de la peau, à peine sensible dans la scarlatine et la rougeole, l'est davantage dans la rubéole, surtout dans les cas graves, et elle a lieu principalement au centre de la plaque. L'éruption qui se manifeste d'abord à la face, au cou et à la poitrine, dans la rougeole et la scarlatine, commence par le tronc dans la rubéole. La durée de cette éruption est de trois jours dans la scarlatine; elle est de quatre ou cinq jours dans les cas les plus bénins de la rubéole et peut durer de six à dix dans les plus graves. La desquammation est tout-à-fait pareille à celle de la rougeole. Les symptômes sont ceux de la première période; mais l'angine est toujours intense, même dans les rubéoles les plus bénignes.

Quant aux suites de la maladie, ce sont assez souvent, comme dans la scarlatine, des anasarques et des suppurations des glandes cervicales.

On a à se demander maintenant si la rubéole, telle qu'on nous la construit, a des titres suffisants pour exiger place dans le cadre nosologique, en compagnie de la rougeole et de la scarlatine. En pathologie cela ne souffrirait pas grande difficulté; mais au lit du malade c'est autre chose. La rougeole et la scarlatine, si faciles à caractériser dans une dissertation, ne sont pas toujours aisées à distinguer en diagnostic d'application. Que sera-ce quand on aura admis la candidature de la rubéole? Des Allemands qui ont vu des épidémies de rougeole et de scarlatine se suivre immédiatement n'ont pas pu ne pas observer des échanges réciproques entre les deux exanthèmes; aussi ont-ils rapporté la rubéole à l'une ou à l'autre de ces deux affections.

Mais Selle Formey, et récemment M. Paterson, ont vu des épidémies où l'on ne voyait que la rubéole, et des épidémies très-meurtrières.

L'anatomie pathologique, négligée par tous nos voisins n'a pas élucidé la question. On cite pour lésions anatomiques celles de la scarlatine et de la rougeole.

Le diagnostic de la rubéole paraît fort facile à M. Paterson, qui n'hésite pas à la considérer avec Heim comme une maladie à part. Nous n'hésitons pas non plus, à la lecture de la description.

Le pronostic est le plus souvent favorable; mais il peut devenir tout-à-coup funeste aux mêmes signes que dans la scarlatine et la rougeole. Les symptômes, de bénins, peuvent devenir tout à coup formidables sans aucune cause connue, et aboutir aux convulsions, au coma, puis à la mort. L'abondance des mucosités dans l'arrière-bouche est aussi d'un mauvais présage, et peut amener la suffocation.

Cette maladie veut être traitée comme la scarlatine.

M. Paterson s'est bien trouvé, dans tous les cas, d'une potion dont l'acétate d'ammoniaque et le vin antimonial forment la base. Les sudorifiques légers ou les diurétiques, suivant l'indication individuelle, ont produit bon effet. Il a eu le bon esprit de ne point essayer la saignée. Dans des cas de symptômes cérébraux chez les enfants, il se contentait d'avoir recours aux sangsues à la mâchoire inférieure ou sur la fourchette du sternum.

Le vin de colchique lui a paru procurer des avantages notables dans le peu de cas où il l'a employé. Il agissait comme émétocathartique.

(*Ibid.*)

Tumeur anévrismale de l'orbite, guérie par la ligature de l'artère carotide primitive, par George Busk.

Un marin, âgé de vingt ans, reçut à la tête un coup violent qui lui fit perdre connaissance; revenu à lui, il eut une hémorrhagie à l'oreille droite, de la surdité dans cet organe; puis tout-à-coup les paupières de l'œil gauche et les téguments environnants se gonflèrent, la pupille resta dilatée, le globe de l'œil ne put plus se mouvoir et une légère paralysie avec sensation d'engourdissement s'empara de tout le côté gauche de la face. Quelques jours après, il s'établit dans l'oreille droite un écoulement purulent qui s'y maintint quelque temps. Bientôt après, ce fut le tour de l'œil gauche, qui devint douloureux et laissa voir entre les lames de la cornée une exsudation de matière purulente, laquelle se fit jour par une ulcération. Quatre mois après cet accident, ce marin eut la petite vérole, qui contribua encore à aggraver l'état de son œil; ce dernier devint proéminent, dit l'auteur, et il s'établit une vaste ulcération à la cornée. D'un autre côté, la surdité continuait s'accompagnant de tintements d'oreille insupportables et la paralysie de tout le côté gauche de la face n'avait aucunement diminué.

Cependant l'ulcération de la cornée diminua au bout de quelques semaines, mais ce ne fut que pour laisser apercevoir une tumeur dure, pulsative, située dans la partie supérieure et interne de l'orbite. La température de cet œil était augmentée, et le malade était incommodé de bruits dans la tête, mais sans douleurs. Ces bruits cérébraux et la pulsation de la douleur cessaient par la compression de l'artère carotide du côté gauche. On fit alors la ligature de cette artère; elle réussit fort bien: car, en deux mois, le malade fut guéri et de l'ulcère, et de la cornée et du bruit cérébral. Mais la paralysie de l'œil et de la face persistèrent, et la surdité, qui jusque-là avait toujours siégé à l'oreille droite, la quitta pour venir encore affliger le côté gauche de la tête.

(*London medico-chirurgical Transactions.*)

Cas de gangrène sèche chez un enfant de trois ans et demi, par Samuel Solly.

Chez un garçon de trois ans on vit les pieds prendre une couleur purpurine noirâtre, puis des escarres venir bientôt séparer au pied gauche le mort du vif, et procéder en quatre mois à l'amputation des parties gangrénées. Trois mois après l'apparition de ces phénomènes, la gangrène sèche se montra aussi aux extrémités supérieures ; mais M. Solly n'ayant été appelé que deux mois après les premiers accidents, ne peut nous tracer que ce qu'il a vu. L'avant-bras droit, dit-il, avait été partiellement détaché du membre supérieur, près de l'articulation du coude, par les seuls efforts de la nature. Voici comment elle y avait procédé. Le radius s'était désarticulé, et le cubitus s'était divisé un peu plus bas par une sorte d'absorption ulcérative. L'escarre s'était étendue au-dessus du bras, où la nature paraissait s'essayer à une seconde amputation.

Tout le membre supérieur gauche, à partir de la partie moyenne du bras, était en état de gangrène sèche, et on commençait à y apercevoir une ligne de démarcation entre les parties mortes et les parties vives.

Le pied gauche s'était complètement séparé de la jambe au-dessus du coude-pied, emportant avec lui les deux malléoles, laissant à nu les deux extrémités osseuses et les parties molles recouvertes de granulations charnues en bon état.

Au pied droit, amputation pareille des phalanges des deuxième et troisième orteils. Les moignons paraissaient bien cicatrisés ; mais malheureusement il commençait à se montrer des taches noirâtres au mollet et au genou.

Telles étaient les mutilations que la gangrène sèche avait opérées sur cet enfant lorsqu'il fut présenté à M. Solly. Les artères carotides offraient cent quarante pulsations faibles, mollasses, mais cependant distinctes à l'œil. Les battements du cœur étaient faibles aussi et sans mélange de souffle. La mère avait observé que, pendant le calme de la nuit, les bruits du cœur ressemblaient au cliquetis d'une montre. L'intelligence était en très-bon état chez cet enfant, qui, malgré ses horribles mutilations, était parfaitement tranquille et content de son sort, ne se plaignant que de sensations générales de froid, à moins qu'il ne fût très-près du feu.

Trois mois après, la nature, sans d'autre secours que des moyens internes appropriés, avait amputé les trois extrémités et formé des moignons qu'eût pu envier le chirurgien. Au bras droit, le moignon était en aussi bon état que possible. Au bras gauche, l'os faisait une légère saillie, mais qui diminuait tous les jours par l'effet de l'absorption. Le moignon de la jambe gauche était presque cicatrisé, et il ne restait qu'une très-légère saillie granuleuse au bout de l'os. La santé générale s'était améliorée, le moral se soutenait très-bien, et les douleurs étaient presque nulles.

(*Ibid.*)

Évacuation par l'urèthre de vers vésicaux non encore décrits, par J.-B. Curling.

L'auteur donne et la description et la représentation par lithographie de ces petits animaux d'après des dessins faits par lui-même. Il les rapporte à l'ordre des nématoïdés de Rudolphi, dans lesquels ils constitueraient un nouveau genre reconnaissable aux caractères suivants :

Genus Dactylius.—Corpus teres, elasticum, annulatum, et utrinque attenuatum, caput obtusum, os orbiculare, anus trilabiatus.

Dactylius aculeatus. — Capite obtuso, toto corpore aculeorum serie multiplici armato, caudâ obtusâ et annulatâ.

Hab. in hominis vesicâ urinariâ.

Les individus mâles avaient quatre cinquièmes et les mâles deux cinquièmes de pouce anglais de longueur.

La malade avait été antécédemment tourmentée à plusieurs reprises par des ascarides.

Les vers ci-dessus décrits furent aperçus dans l'urine, après une attaque de rougeole qui laissa cette malade très-faible et très-amaigrie. On ne retrouva plus de vers après l'administration de quelques petites doses d'huile essentielle de térébenthine.

(*Ibid.*)

Efficacité de l'huile de morue (oleum jecoris aselli) contre la carie.

Cet agent thérapeutique obtient toujours de grands succès en Allemagne.

Nous en avons déjà rapporté quelques observations faites surtout dans cette partie de la France qui borde les contrées germaniques. Un médecin allemand, le docteur Knolz, en retire tous les jours encore de grands avantages dans les maladies des os chez les jeunes sujets. Il rapporte trois cas de caries scrofuleuses du genou, du coude et du sternum, qui avaient résisté à tous les moyens employés en pareille circonstance, et avaient réduit les malades au marasme. L'auteur a vu tous les symptômes s'amender dès les premiers jours qu'il leur a administré l'huile de foie de morue; la dose qu'il leur donnait était de 32 grammes par jour. Malgré tous ses succès, ce puissant stimulant est encore peu employé en France. Cependant plusieurs médecins qui en ont fait usage à Paris nous ont dit s'en être bien trouvés contre la carie et le rachitisme. Elle agit probablement par l'iode qu'elle contient, et s'administre pure à la dose de

4 à 16 grammes dans une tasse de café à l'eau ou de thé.

(*Hufeland's journal, continué par Osann.*)

Hépatocèle suivie de guérison, cas rapporté par le D. Burdach.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt-deux ans qui avait eu, dans son enfance, un abcès du foie, lequel s'était ouvert au côté gauche du bas-ventre. Cet abcès avait laissé à sa suite une cicatrice mince qui, plus tard, se souleva un peu, mais ne devint jamais douloureuse. Un jour, à la suite d'un effort, il éprouva une vive sensation de déchirure à l'endroit de la cicatrice. Il n'eut cependant à la suite aucun symptôme inquiétant, et put même faire un voyage à pied deux jours après. Mais, le huitième jour après l'accident il survint tout à coup des coliques violentes, des vomissements stercoraux, de la constipation; le bas-ventre se tuméfia, et la cicatrice devint évidemment proéminente. Ce fut sur elle que M. Burdach se résolut à agir; il divisa les téguments et le péritoine, et fut fort étonné de tomber sur le lobe gauche du foie, qui descendait jusqu'à l'os iliaque gauche. Il pensa que les symptômes d'étranglement provenaient de ce que le lobe gauche du foie, resserré dans l'écartement des aponévroses abdominales, formait en dedans une concavité dans laquelle quelques anses d'intestin avaient bien pu s'engager. M. Burdach n'osa pas, pour s'assurer de ce fait, attirer à lui le bord du lobe du foie; il en eût pu résulter des accidents. Au contraire, il repoussa ce lobe, et le malade se sentit mieux immédiatement. La nuit suivante il y eut des vomissements bilieux et une fièvre intense. Le lendemain les selles revinrent en abondance et tous les symptômes diminuèrent d'intensité, excepté la soif, qui resta très-vive; mais on l'apaisa avec de l'eau glacée. M. Burdach ne réunit pas par première intention; il se borna à obtenir un tissu inodulaire par une cicatrisation lente. Le malade guérit très-bien, et, deux mois après, la cicatrice était si solide qu'un bandage paraissait inutile.

(*Ibid.*)

Empoisonnement par les graines de colchique, de feu le D. Neubrand, communiqué par le D. Blumharet.

Gaspar B...., d'Acsthausen, âgé de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, but par mégarde, le 18 février 1830, au soir, d'une décoction d'une forte cuillerée de semences de colchique dans un litre et demi d'eau. Il eut cette nuit là des vomissements et de quinze à vingt selles. Le lendemain matin il fit appeler le docteur Neubrandt, qui le trouva dans un état général assez bon. Les symptômes inquiétants de la nuit avaient diminué. Le bas-ventre se contractait spasmodiquement au plus léger toucher; le pouls était petit, mais assez peu fréquent, les selles très-liquides et tenant de petites membranes blanchâtres en suspension. On administra au malade quantité d'eau tiède contenant du beurre, ce qui amena de nouveaux vomissements et de nouvelles selles après lesquelles on fit prendre du café à l'eau et une infusion concentrée de guimauve acidulée avec du citron. Du reste, pas de symptômes nerveux. Mais le lendemain 20, à huit heures du matin, les choses étaient bien changées. La face était pâle, la respiration haletante, la voix altérée et gémissante, les yeux enfoncés dans l'orbite, les pupilles dilatées, la langue blanche, pouvant à peine dépasser les dents; les extrémités étaient froides, le pouls presque insensible; pas de soif; selles plus fréquentes et contenant des matières bleu clair. Peu de douleurs abdominales. Cependant le malade répondait assez bien aux questions qu'on lui adressait, et il prit avec plaisir des soupes mucilagineuses et du café. Il mourut à dix heures.

L'autopsie fut faite vingt-trois heures après la mort. On trouva la bouche spasmodiquement fermée; les membres étaient contractés. L'abdomen peu tuméfié était très-dur à la pression et offrait sur les côtés et vers le creux de l'estomac des taches bleu verdâtre, violettes, rayées, mal circonscrites. Les muscles étaient d'un bleu foncé et comme desséchés. La trachée était rongée vers sa bifurcation; les poumons petits, pâles, mous et cependant sains. Le cœur offrait aussi des taches noires, violettes et brunâtres. L'œsophage prenait une couleur rouge foncé à son embouchure au cardia; ce dernier était fortement violet. L'estomac était aussi très-foncé à sa surface interne, et ses veines, ainsi que celles des intestins, étaient remplies d'un sang très-noir. Le foie présentait une teinte violette à sa surface postérieure et inférieure; la vésicule était volumineuse et remplie de bile verte. Les intestins grêles n'offraient à leur intérieur que quelques taches rouges et brunâtres.

(*Medicinisches Correspondanz-Blatt.*)

Le même journal rapporte encore un autre cas d'empoisonnement par les feuilles de colchique; le malade a succombé; mais le traitement ne paraissait pas approprié aux circonstances, et d'ailleurs l'autopsie n'a pas été faite.

Opération césarienne pratiquée pour une grossesse extra-utérine, rapportée par Veiel.

Une femme âgée de trente ans, mariée depuis six ans, et déjà mère de deux enfants, eut une troisième grossesse beaucoup moins heureuse que les deux premières. Elle touchait cependant à la fin, lorsqu'elle consulta M. Naner. Celui-ci, après avoir tou-

ché par le vagin et par l'anus, trouva l'utérus parfaitement vide, et allait diagnostiquer une hydropisie de l'ovaire, lorsque la femme l'assura qu'elle avait senti les mouvements de l'enfant depuis la vingtième semaine de la grossesse jusqu'aux derniers quinze jours. Elle était alors en proie à des douleurs convulsives. M. Naner fit à un pouce au-dessous de l'ombilic une ponction qui donna issue à un liquide gluant, d'un brun rouge. Le ventre s'affaissa, et on put sentir à travers les téguments des saillies formées par les genoux et les coudes du fœtus. Le chirurgien, homme d'un caractère décidé, fit immédiatement l'opération césarienne sur la ligne blanche. Le péritoine épaissi, d'un rouge brun, formait un sac auquel adhéraient les membranes de l'œuf; il en sortit une quantité considérable de sanie fétide, et on en retira par les pieds un fœtus féminin à terme, mort à peu près depuis trois semaines. On fit ensuite l'extraction du placenta qui adhérait en partie au muscle iliaque gauche, et en partie aussi à l'excavation du sacrum. Mais cette extraction donna lieu à une hémorrhagie foudroyante qu'on parvint à peine à arrêter par le tamponnement avec des éponges vinaigrées. Le cordon ombilical manquait au délivre; il ne se détacha que le cinquième jour de l'opération, et permit d'examiner l'intérieur de la cavité, dont les parois étaient formées par un sac membraneux à l'intérieur duquel on voyait saillir en bas la vessie, l'utérus et le rectum, et en haut le foie et les intestins. Il fut impossible de détacher entièrement ce sac, qui adhérait fortement au péritoine; on en enleva quelques lambeaux en haut, on retira des caillots de sang et on ferma les deux tiers supérieurs seulement de la plaie au moyen de quatre sutures. La malade supporta cette troisième opération avec courage et pleine connaissance; mais elle périt le lendemain après de nombreuses lipothymies.

A l'autopsie, on trouva le sac d'une couleur grise gangréneuse. Les parois du sac étaient appliquées en bas sur la paroi abdominale antérieure, sur l'utérus, la vessie et l'excavation du bassin; en haut elles adhéraient au grand épiploon et au mésentère, dans quelques points seulement. On ne trouva point la place où se terminait le cordon ombilical. Les artères qui se rendaient au placenta venaient de l'épigastrique et des branches de la mésentérique; elles avaient acquis un volume double et triple de leur calibre ordinaire. Les ovaires, les trompes et l'utérus étaient sains.

(*Ibid.*)

Expériences sur la sympathie qui existe entre le cerveau et les testicules, par le D. F. Budge, d'Altenkirchen.

Les observations pathologiques n'ayant encore presque rien fait pour éclairer la question, l'auteur de ce mémoire a eu recours aux vivisections, et voici à quel résultat il est constamment arrivé :

Il tuait un chat de douze ans en lui faisant une blessure au cœur, enlevait la calotte du crâne le plus vite possible, ouvrait la cavité abdominale et mettait les deux testicules à nu avec leurs cordons et les vaisseaux déférents. Tout cela se faisait sans qu'il observât le moindre mouvement dans ces derniers organes. Mais il n'avait pas agacé pendant trois ou quatre secondes la substance cérébrale avec la pointe d'un couteau, qu'un des testicules s'érigeait de manière à former presque un angle droit avec le cordon spermatique. Plus on irritait le cerveau, plus le testicule s'agitait. Il stimula alors le cerveau çà et là, mais les testicules n'entrèrent point en mouvement tous les deux à la fois, et la cause ne tarda pas à s'en laisser apercevoir. C'était le testicule opposé au lobe cérébral agacé qui éprouvait l'effet de cette stimulation. Ce phénomène se reproduisait encore une heure après l'extinction complète de la vie de l'animal. Il n'avait pas lieu, du reste, lorsque l'excitation s'exerçait sur les parties profondes de la pulpe cérébrale.

(*Muller's Archiv.*, 1840.)

Rupture spontanée de la rate, par le D. Næckel.

Une jeune femme de vingt-cinq ans, après avoir eu pendant cinq jours une diarrhée qui avait résisté à l'opium et aux préparations saturnines, ressentit tout-à-coup des douleurs si vives dans l'abdomen qu'elle fut obligée de se mettre au lit. Le lendemain elle fut prise de syncopes, de sueurs froides, etc., et périt en quelques heures. A l'autopsie, faite quarante-huit heures après la mort, on trouva les cavités abdominale et pelvienne remplies d'une énorme quantité de sang qui provenait d'une déchirure de la rate de quatre lignes d'étendue, située au bord inférieur de sa surface antérieure ou externe. Le volume de cet organe était normal; mais son tissu était ramolli et avait une teinte livide.

(*Medicinische zeitung.*)

Réflexions sur la clinique d'accouchemens de l'hôpital de Dublin, par le D. Eblen.

L'auteur considère l'université de Dublin comme le principal foyer de l'instruction médicale de la Grande-Bretagne, surtout pour les accouchements. Aussi allons-nous le voir témoigner la plus grande déférence pour les opinions qui s'y professent.

Le grand hôpital d'accouchemens se compose, quant au personnel médical, d'un directeur qui reste sept ans en fonctions, de deux aides-médecins-accoucheurs, et d'une

sage-femme en chef. Ordinairement le directeur donne, après sa gestion, un compte-rendu de ce qui s'est passé à l'hôpital pendant les sept années. On compte entre autres MM. Clarcke et Collins. Le directeur actuel est M. Every Kennedy, qui s'est fait connaître en Angleterre par un traité sur l'auscultation obstétricale.

Un des inconvénients de cet établissement est que, vu les deux mille cinq cents accouchements, ou environ, qui s'y font chaque année, les femmes ne sont reçues qu'au dernier terme de la gestation et sont renvoyées huit à dix jours après l'accouchement, pour peu qu'elles puissent se soutenir. Il en résulte que les études d'obstétrique sont incomplètes.

Les femmes sont couchées sur le côté lors du toucher, pour les manœuvres de l'accouchement naturel ou forcé, à moins qu'il n'y ait indication spéciale d'une autre position. L'accouchement se fait sur un lit très-bas, et pendant le travail on soutient le périnée de la manière ordinaire. Après l'accouchement, on maintient le bas-ventre fortement comprimé au moyen d'une courroie. Les accoucheurs anglais laissent en général agir plus long-temps la nature que ceux du continent et ont bien plus rarement qu'eux recours aux opérations. Au contraire de nos habitudes, ils se servent plus volontiers du levier que du forceps. Ils n'emploient ce dernier que lorsque la tête du fœtus est assez descendue pour qu'ils puissent atteindre une oreille du fœtus avec le doigt. Ils n'hésitent plus à perforer le crâne lorsque l'auscultation leur a appris la mort de l'enfant. M. Kennedy s'est bien trouvé du seigle ergoté, quant à ce qui regarde les femmes, mais non pas autant pour ce qui touche aux chances de l'enfant, et nous ajouterons qu'il n'est pas le seul de cet avis. Néanmoins les Anglais n'en sont point avares, non plus que de la perforation du crâne; cela tient à ce qu'ils n'hésitent nullement à sacrifier l'enfant dès que la femme est en danger. L'onguent de belladone est assez prisé contre la rigidité de l'orifice utérin, au moins pendant la dictature de M. Kennedy.

Lorsqu'il y a chute du cordon ombilical, les Anglais, contrairement à leurs confrères de France et d'Allemagne, ne s'empressent point de pratiquer la version ou d'appliquer le forceps; ils essaient alors de reporter le cordon dans l'utérus, mais en général sans beaucoup de succès.

S'il y a hémorrhagie, on se hâte d'extraire le placenta après la sortie de l'enfant. Lorsque l'hémorrhagie se prolonge, on a recours à la compression avec la courroie, aux fomentations froides, aux douches d'eau froide, aux frictions hypogastriques, à l'introduction de la main dans l'utérus. En cas de lipothymie, on donne des spiritueux et l'opium même à haute dose, ce dernier surtout, pour procurer un repos forcé et prévenir les hémorrhagies. Le directeur n'emploie le forceps dans les convulsions qu'à la dernière extrémité, et encore bien souvent abandonne-t-il le cas à la nature; si la tête est très-élevée, il ne veut pas qu'on fasse la version. L'auteur allemand cite des chiffres qui tendent à prouver que la hardiesse dans ces circonstances consiste à rester dans l'expectation et que celle-là est encore le plus souvent couronnée de succès.

M. Kennedy combat les contractions locales des membres par l'application du tourniquet, et emploie une solution de tartre stibié pour provoquer des nausées dans le délire et la manie puerpérale. Il a peu recours aux saignées et aux sangsues dans ces accidents.

Les épidémies de fièvre puerpérale visitent aussi de temps en temps l'hôpital d'accouchement de Dublin; les saignées générales y sont peu goûtées, mais on s'en dédommage sur les sangsues et le calomel, à haute dose de l'un et de l'autre; l'opium, l'ipécacuanha, l'huile de ricin, la térébenthine tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, les cataplasmes et les bains chauds sont encore employés, mais comme moyens secondaires, contre cette formidable maladie.

(*Neue Zeitschrift fur Geburtskunde, publié par Bürch, Siebold, etc.*)

Fièvre pernicieuse maniaque, par le D. Emilio Bonetti, de Chignolo.

Morton, Werlhof, Boerhaave, Creutser, etc., pouvaient avoir raison de commencer le traitement de la fièvre intermittente pernicieuse par un vomitif, un purgatif ou tout autre remède accessoire avant d'en venir au quinquina; ils pratiquaient en Angleterre, en Hollande, en Allemagne et la maladie ne marche pas bien vite dans les contrées froides; mais en Corse, en Algérie, en Grèce, en Italie, dans toutes les autres régions brûlées par le soleil et où l'évaporation des averses est si rapide, il y a urgence de donner le fébrifuge dès la rémission du premier accès, ou au plus tard dès la première cessation des symptômes pernicieux (sauf à faire la médecine symptomatique dans l'obscurité du diagnostic), attendu que le quinquina et le sulfate de quinine agissent comme antipériodiques, puisqu'il leur faut au moins vingt-quatre heures pour mettre l'organisme en état de résister au progrès du levain mauvais qui souille la crâse du sang. Telle est la méthode du médecin italien dont nous allons rapporter textuellement l'observation à cause de son importance, méthode qui, si elle était connue des médecins destinés à l'armée d'Afrique, leur procurerait une expérience anticipée. A cette occasion prévenons-les que la fièvre intermittente est susceptible de se convertir en pernicieuse quand celle-ci est en règne, ou même en automne, saison la plus fertile en intermittentes pernicieuses.

« Louis Ardemagni de Chignolo, cinquante ans, constitution robuste, tempérament sanguin, se réveilla à la pointe du jour, le 26 septembre 1839, avec un frisson, et devint aussitôt maniaque : cheveux hérissés, yeux hagards et menaçans ; il s'agitait dans son lit en criant à tue-tête *santa Maria*, *mater Dei*, attaquait sa femme, son frère et les personnes qui venaient à lui, et se débattait comme un forcené. On eut besoin de beaucoup de monde et de force pour le mettre au lit et l'y assujettir. Je fus appelé, je le trouvai blotti sous ses couvertures ; à ma voix, il avança la tête et cria aussi fort qu'un énergumène : *santa Maria, mater Dei !* Peau froide et sèche, pouls lent et à peu près normal. On ne savait à quoi attribuer cette manie improvisée. Rien ne l'avait annoncée, à moins qu'on ne voulût prendre pour prodromes des rires grossiers qu'il avait fait entendre les nuits précédentes et qui n'avaient pas eu de suite.

« N'ayant pas de renseignements sur la cause et le siége de la maladie, je prescrivis, eu égard à la vigueur de sa constitution et à la perte subite de ses facultés intellectuelles, une saignée générale et un vomitif. Le chirurgien eut beaucoup de peine à ouvrir la veine, parce que le maniaque, quoique contenu par des hommes forts, se débattait d'une manière surprenante; le sang parut naturel. Ce ne fut pas non plus sans difficulté que ses proches le déterminèrent à prendre l'émétique. Vomissement de matières verdâtres, bilieuses, puis muqueuses. Je fus obligé d'arrêter les effets du tartre stibié, tant les soulèvements de l'estomac en vacuité étaient fatigants. Les choses allèrent de ce train-là jusqu'à midi ; alors le pouls commence à se ranimer, il prend de la force et de la fréquence, et, au bout de deux heures, la peau devient moite, le malade reconnaît quelques uns des assistants et me salue par mon nom à mon approche de son lit, la fureur diminue, le visage et tout le corps se couvrent de sueur, urine rare, rouge et briquetée pouls large et onduleux, point de douleur de tête, encore un léger degré de stupeur. Faisait-on quelques questions au malade, il repassait en lui-même ce qu'on lui avait dit et répondait en paroles mal articulées. Ardemagni ne se souvenait point de son accident, si ce n'est qu'en se réveillant le matin, il avait été saisi d'un froid aigu et avait aussitôt perdu la raison. Il ne savait rien de ce qui lui était arrivé depuis. La sueur et la fièvre cessèrent bien avant dans la nuit et avec elles disparurent les symptômes de manie ; au point que le malade, loin d'être affaibli, déclara qu'il se sentait parfaitement bien portant. Ce fut alors que, réfléchissant à la marche de cette manie qui avait été compagne de la fièvre, j'acquis la conviction que j'avais à traiter une fièvre intermittente larvée, et, voulant faire tout de suite ce qu'il y avait à faire, je fis prendre vingt-quatre grains de sulfate de quinine depuis huit heures du soir jusqu'à deux heures après minuit.

«A cinq heures du matin, survint un second frisson qui fut suivi de coma ; mais cette fois les deux symptômes se dissipèrent dans l'espace d'une heure. Ce n'était qu'un ressentiment de l'accès qui parcourut ses périodes et se termina dans la soirée. Je donnai ensuite dix-huit grains de sulfate de quinine, et il n'y eut plus de fièvre, de coma, ni de manie.»

(*Annal. univ. d'Omodei*).

Études thérapeutiques sur la quinine, par le D. Hyacinthe Namias, de Venise.

Corollaires. — 1° Dans les maladies périodiques susceptibles de guérir par le quinquina, les caractères pathologiques sont l'intermittence et la périodicité, plutôt que la fièvre qui manque souvent.

2° L'analyse des causes, des symptômes et de la cure fait voir que leur condition pathologique ne consiste point dans l'hypersthénie ni dans aucune espèce de phlogose. (Déjà Tommasini avait dit : le quinquina a une vertu *sui generis* pour couper et prévenir le retour d'une affection périodique intermittente, vertu plus puissante que cent stimulants ou contre-stimulants.)

3° Il paraît que, la plupart du temps, les affections périodiques se dévoloppent sous l'influence de causes débilitantes. Toutefois on ne peut les attribuer à la débilité ou l'hyposténie, mais elles forment une classe caractérisée par des phénomènes dont la nature nous est inconnue.

4° Le sulfate de quinine mérite le nom d'anti-périodique, à en juger par sa vertu la plus apparente et dont l'effet est aussi difficile à expliquer que la nature de l'affection périodique.

5° On associe quelquefois au fébrifuge de forts excitants pour relever le ton des organes, ou la saignée pour modérer la trop forte impulsion du sang contre quelque organe pendant le paroxisme; mais c'est toujours l'anti-périodique qui coupe court aux accès.

6° De même le sulfate de quinine donné à dose modérée une fois par semaine empêche la récidive, en supposant qu'il n'y ait pas complication.

7° Les maladies périodiques, quelles que soient leur forme et leur cause, guérissent ou du moins s'adoucissent par le sulfate de quinine.

8° Il y a quelques exceptions ; elles tiennent à ce que les maladies périodiques proviennent d'autres maladies qui altèrent continuellement la santé.

9° C'est pourquoi il convient, s'il n'y a pas péril dans la demeure, d'enlever d'abord toute complication, surtout l'inflammation. Il faut commencer par dédoubler la maladie

périodique, avant de l'attaquer par le sulfate de quinine.

10° Que le sulfate possède encore une vertu excitante, cela est démontré par les observations faites sur l'homme sain et l'homme malade, par les accidents qu'il occasionne aux personnes qui en ont pris mal à propos ou à trop forte dose, et par les moyens auxquels il faut recourir pour remédier à ces accidents.

11° Son usage dans les inflammations légitimes ne peut servir qu'à nécessiter un plus grand nombre de saignées.

12° Les phthisiques ne peuvent en retirer aucune utilité, si ce n'est dans quelque circonstance spéciale, et les fortes doses de sulfate de quinine hâtent la terminaison funeste de leur maladie. (*Ibid.*)

Sur l'utilité du bandage gradué abdominal, compressif pour guérir l'hydropisie ascite, par le D. Louis Morelli de Sienne.

Aminta Corsini, cinquante-deux ans, d'une bonne santé, mère de plusieurs enfans, tomba dans la misère après la mort de son mari et bientôt fut atteinte d'une fièvre continue rémittente gastrique et enfin d'une fièvre tierce qui fut suivie d'une obstruction au foie et d'une hydropisie ascite. Des frictions mercurielles sur le ventre ne produisirent qu'une grande salivation et une extrême faiblesse. Cette femme avait déjà subi quatre fois la paracenthèse, quand elle entra à l'hôpital de la clinique en novembre 1838, pour la cinquième ponction. Le médecin ne voulant point de cette cure palliative, prescrivit une ventrière qui fut faite avec beaucoup de soin et emboîtait parfaitement le ventre. L'abdomen diminua insensiblement de volume, l'urine reprit son cours, la femme recouvra l'appétit, le sommeil et la faculté d'aller et de venir. Se croyant guérie, elle abandonna le bandage, mais l'ascite se reforma (peut-être l'abus du vin y contribua-t-il), et il fallut reprendre le bandage qui eut encore du succès.

L'auteur rapporte plusieurs autres cures d'ascite qu'il a obtenues par différents moyens tels que la gomme gutte, la crême de tartre associée au jalap d'après la recette de Frank, la diète sèche; il cite un hydropique qui imagina de manger des oignons cuits au four et de boire par dessus une demi-bouteille de bon vin de Frontignan. Il en résulta une grande agitation et un sommeil profond. Survint une diarrhée, une émission considérable de vents et d'urine pendant plusieurs jours. Le malade guérit par son imprudence. (*Ibid.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 14 avril.)

Considérations sur la structure de l'encéphale; sur la forme de la boîte osseuse cranienne et ses rapports avec l'encéphale.

M. Blandin fait, au nom de MM. Bouillaud, Bouvier et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Foville. Ce travail se compose de deux parties : dans la première, relative à la structure de l'encéphale, l'auteur distingue dans cet organe deux plans de parties fibreuses, émanant de la substance grise, auxquels il assigne des fonctions différentes; l'un destiné à transmettre aux nerfs les ordres de la volonté, l'autre transmettant les sensations au cerveau.

Cette première partie du mémoire tend à établir que les racines antérieures et postérieures des nerfs, prenant naissance dans chacun de ces plans fibreux, sont parfaitement distinctes dans l'encéphale.

La seconde partie est relative à la structure de la boîte osseuse du crâne.

M. Blandin propose de remercier l'auteur du mémoire et d'insérer son travail dans les bulletins de l'Académie.

Adopté.

(Séance du 21 avril.)

Du traitement de la cystocèle vaginale par un procédé nouveau; application de ce procédé à la cure du prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

M. Gimelle lit, au nom de MM. Danyau et Blandin, un rapport sur un travail de M. Jobert (de Lamballe) relatif à la cystocèle vaginale et à son traitement par un procédé nouveau. Ce travail se compose de trois parties : dans la première, l'auteur expose l'histoire des moyens de traitement employés jusqu'à ce jour contre la cystocèle vaginale. Dans la deuxième il décrit le procédé qu'il a imaginé pour la cure radicale de cette maladie, qui consiste à circonscrire la tumeur par deux lignes de cautérisation, à l'aide du nitrate d'argent. Cette cautérisation étant répétée jusqu'à ce qu'il s'ensuive une double plaie longitudinale d'une étendue égale à celle de la tumeur, l'opérateur, après avoir refoulé la tumeur, ravive, par l'instrument tranchant, les bords de ces plaies qu'il rapproche et maintient réunies à l'aide de la suture entortillée. La troisième partie est consacrée à des considérations étiologiques et anatomo-pathologiques sur la cystocèle.

Élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire.

La commission d'élection a présenté à l'Académie une liste de candidats rangés en trois catégories dans l'ordre suivant :

1re catégorie :	MM.	Renault et Delafond.
2e		Huzard et Leblanc.
3e		Rigaud et Rodet.

Au troisième tour de scrutin M. Renault est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

—

Nouvel instrument hémostatique. Tourniquet à vis horizontale.

Un médecin étranger lit un travail sur les moyens hémostatiques préventifs, dans lequel il expose rapidement l'histoire des moyens hémostatiques employés depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Il soumet à l'examen de l'Académie un instrument de son invention, qu'il propose de substituer au tourniquet de J.-L. Petit, le plus généralement usité, et qu'il désigne, par opposition à ce dernier, sous le nom de tourniquet à vis horizontale.

MM. Amussat et Roux sont priés d'examiner cet instrument ainsi que le mémoire qui l'accompagne.

(Séance du 28 avril.)

Réduction d'une luxation sous-acromiale de l'humérus datant de cinq mois et demi, par M. Malgaigne.

Un journalier, âgé de cinquante-six ans, fut frappé d'une attaque d'épilepsie le 8 novembre 1839, et à la fin de l'accès il ne put remuer le bras droit; le lendemain, le gonflement survenu à l'épaule l'obligea à entrer à l'hôpital Necker, dans le service de M. Auguste Bérard. La nature de la lésion fut sans doute méconnue, car on se contenta d'appliquer des sangsues, des cataplasmes, un vésicatoire, et on le renvoya le onzième jour.

Depuis lors le bras était toujours resté dans le même état, et quand le malade se présenta à la consultation de Bicêtre, le 21 avril 1840, il offrait les caractères d'une luxation de l'humérus en arrière. M. Malgaigne se détermina à la réduire.

L'extension fut faite sur le bras, au-dessus du coude, l'avant-bras légèrement fléchi; la contre-extension opérée par une alaise qui embrassait l'épaule en avant et dont les deux chefs allaient se joindre derrière le dos. On agissait à l'aide de poulies. La traction ayant été portée à cent dix kilogrammes, on essaya de repousser, à l'aide du genou, la tête luxée; et, pour avoir plus de force, on avait fait passer autour de l'épaule malade une serviette dont les deux bouts furent ensuite liés derrière le cou de l'opérateur, et qui lui servaient ainsi de point d'appui et comme d'arc-boutant. A la première tentative, la tête rentra presque complètement; à la seconde la force de traction fut portée à cent vingt kilogrammes et la réduction fut complète.

Il n'y eut d'accident d'aucune espèce. Seulement la tête réduite avait une grande tendance à revenir en arrière dans les mouvements du bras; aussi M. Malgaigne fut-il obligé d'avoir recours à un appareil spécial pour la maintenir en place.

Ajoutons pour complément de cette observation que nous avons vu le malade plusieurs fois depuis la réduction de cette luxation, et que l'épaule est actuellement parfaitement bien conformée: seulement les mouvements en sont un peu durs et un peu difficiles. M. Malgaigne espère beaucoup du temps et de l'exercice.

Lactate de fer.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Adelon, chargé, avec MM. Bouillaud et Rayer, de répondre au ministre des travaux publics, qui consulte l'Académie sur les bons ou mauvais effets d'un médicament nouveau, le lactate de fer, pour lequel MM. Gélis et Conté sollicitent un brevet d'invention.

M. le rapporteur fait ressortir la position délicate où se trouve l'Académie, qui ne peut mentir à ses antécédents et appuyer la demande d'un brevet d'invention pour un médicament, fût-ce le lactate de fer, dont elle a reconnu l'efficacité dans certains cas déterminés. En conséquence l'Académie, par l'organe de sa commission, répond que l'extension illimitée qu'un brevet d'invention procurera à ce médicament peut avoir des inconvénients et conseille de ne pas accorder de brevet.

(Séance du 5 mai.)

Revaccination.

M. Sédillot lit la première partie d'un long mémoire sur les revaccinations. Le but de ce travail est de démontrer la vertu indéfiniment préservative du vaccin, du virus variolique inoculé ou spontané. Si des doctrines nouvelles sont venues, dit ce médecin, ébranler cette vieille croyance de tant d'hommes éminents et basée sur un aussi grand nombre de faits, c'est qu'on a confondu des maladies très-différentes de la variole avec ce fléau si terrible avant Jenner. L'auteur, pour ne pas tomber dans une pareille erreur, établit d'abord 1° les caractères et la nature de la variole naturelle ou inoculée; 2° de la variole bâtarde, varioloïde des auteurs; 3° du cow-pox spontané de la vache transporté de la vache à l'homme; 4° du vaccin d'homme à homme et de l'homme à la vache.

Réduction des luxations par les moufles.

M. Sédillot tâcha, en 1832, de réhabiliter les moufles, que l'Académie de chirurgie avait bannies de la chirurgie française. Il essaie maintenant de bien déterminer et les cas où cette méthode est applicable et l'extension que doit prendre son application.

Les luxations peuvent se réduire : 1° ou par un effort brusque; 2° ou par un effort soutenu, capable de vaincre la résistance musculaire ou ligamenteuse, ou tout autre obstacle s'opposant à la réduction.

L'effort d'extension fait par des aides ou par la main du chirurgien suffit dans le premier cas. Mais quand cette méthode a échoué, soit par la résistance musculaire, soit à cause de l'ancienneté, soit pour toute autre cause, il faut en venir aux moufles, dont la force est réglée par le dynamomètre.

(Séance du 12 mai.)

Communication de sensation du fœtus à la mère.

M. Capuron donne lecture d'un deuxième rapport sur un mémoire du D. Piédagnel, intitulé : *Violences exercées sur l'enfant pendant l'accouchement et ressenties par la mère.* M. Piédagnel a cherché à se rendre compte d'un phénomène aussi remarquable, et s'est naturellement arrêté à l'existence des nerfs qui, du fœtus, suivent le cordon ombilical, traversent le placenta et arrivent à l'utérus.

M. Capuron pense que les douleurs ressenties par la mère n'étaient que des tiraillements involontairement communiqués à l'utérus. Il réfute en outre l'existence des nerfs dans le cordon et le placenta.

Sœmmering dit vaguement que dans le cordon ombilical on trouve quelques filets nerveux, mais jamais il ne les a disséqués, et ces filaments n'étaient que de simples brides cellulaires. Sir E. Home prétend avoir trouvé des nerfs sur le cordon ombilical du tapir, etc.

M. Capuron propose de remercier l'auteur du mémoire d'avoir envoyé une observation qui peut préserver les accoucheurs d'une erreur facile, et de l'inscrire sur la liste des correspondants étrangers.

M. Dubois, membre de la commission, M. Londe et M Guéneau de Mussy réclament contre les conclusions et demandent le dépôt aux archives du mémoire de M. Piédagnel. (Adopté.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La séance du 6 avril n'a rien offert qui intéressât les sciences médicales.

(Séance du 13 avril 1840.)

Sur la rétraction active des ligaments comme cause de difformités articulaires, et sur la section sous-cutanée des ligaments rétractés pour remédier à ces difformités.

M. Jules Guérin adresse d'avance les conclusions suivantes d'un travail sur ce sujet, dont il doit faire prochainement l'envoi :

1° Les ligaments peuvent, comme les muscles, être atteints d'une rétraction active due, comme chez ceux-ci, à une affection des nerfs qui les desservent; leur raccourcissement provient également de deux causes, d'un retrait immédiat, espèce de contracture spontanée; et d'un arrêt de développement consécutif, résultant d'une inégalité de croissance entre les ligaments rétractés et les portions du squelette auxquelles ils s'insèrent.

2° Les ligaments rétractés peuvent constituer à eux seuls des causes primitives de difformités permanentes, comme dans la déviation essentielle de genoux en dedans, ou bien ils ne sont que des agents auxiliaires de production des difformités, comme dans certains pieds-bots compliqués. Ces deux causes, simples ou combinées, se traduisent par des caractères distincts.

3° Il existe un état particulier des ligaments et des capsules articulaires, correspondant à la paralysie des muscles. Cet état, caractérisé par un relâchement considérable des éléments fibreux de l'articulation, est le produit de l'affection des nerfs qui s'y distribuent; les circonstances où se rencontre ce relâchement sont précisément celles où l'affection nerveuse a produit la paralysie des muscles environnants.

4° La section sous-cutanée des ligaments rétractés doit intervenir dans le traitement des difformités qu'ils déterminent ou concourent à déterminer, au même titre que la section des muscles rétractés; et cette opération peut et doit être pratiquée par les méthodes et les procédés établis pour la section des tendons et des muscles.

L'auteur ajoute qu'il a déjà pratiqué un grand nombre de fois publiquement cette opération avec un plein succès à l'hôpital des Enfants, notamment la section *des ligaments latéraux externes* du genou, pour remédier à la déviation essentielle de cette articulation, et la section *des ligaments péronéo-tarsiens antérieur, moyen et postérieur, du ligament deltoïde de la malléole interne; des ligaments supérieur et latéral astragalo-scaphoïdiens, et du ligament latéral scapho-cunéiforme*, pour remédier à des pieds-bots compliqués, que la ténotomie n'avait pu guérir complètement.

(Séance du 20.)

L'académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un associé étranger en remplacement de M. Blumenbach. La liste de la commission présente les noms suivants :

1° M. Léopold de Buch, à Berlin.

2° Et par ordre alphabétique,

MM.	Bessel,	à Kœnigsberg.
	Brewster,	à Saint-Andrew.
	Faraday,	à Londres.
	Herschell,	à Slough.
	Jacobi,	à Kœnigsberg.
	Mitscherlich,	à Berlin.
	OErsted,	à Copenhague.

Le nombre des votants est de 52; majorité 27.

Au premier tour de scrutin :

M.	de Buch obtient,	38 suffrages.
	Bessel,	6
	OErsted,	5
	Brewster,	2
	Mitscherlich,	1

M. Léopold de Buch ayant réuni la majorité absolue des suffrages est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

(Séance du 27.)

M. Serres, vice-président, annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre son président, M. Poisson, et propose, en conséquence, de lever la séance. La proposition est adoptée sans réclamation.

NOUVELLES.

Enseignement médical.

— M. le docteur Padieu est nommé professeur adjoint de pathologie externe à l'école secondaire de médecine d'Amiens.

— Le concours pour la chaire de médecine légale à la Faculté de Strasbourg s'est terminé par la nomination de M. Tourdes fils; il a obtenu quatre voix contre trois accordées à M. Malle, un de ses compétiteurs.

Le nouveau professeur est fils du professeur actuel de pathologie interne de la même Faculté tous deux appartiennent à la médecine militaire qui, du reste, a fourni presque tous les professeurs et agrégés de l'école de Strasbourg.

— On dit que le projet de loi sur l'établissement d'une Faculté de médecine à Rennes sera rejeté par la commission de la Chambre des députés, ou du moins ajourné jusqu'à l'époque de la présentation du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.

—Le *Courrier de Lyon* du 7 mai contient le passage suivant :

Le Conseil général du département du Rhône, dans sa session de 1839, considérant que la ville de Lyon est heureusement placée pour un centre d'enseignement médical, que ses établissements scientifiques sont nombreux, que ses hôpitaux sont très-riches en faits d'observations,

Emet le vœu que le gouvernement veuille bien fixer à Lyon, dans le plus bref délai possible, le siége d'une Faculté de médecine, complément de celle des sciences.

—

Hôpitaux.

M. Alphonse Devergie, médecin de l'hôpital St.-Antoine, professeur agrégé à la Faculte de médecine, vient d'être nommé médecin de l'hôpital St.-Louis, en remplacement de M. Biett, décédé. Son service comprend les individus du sexe masculin atteints de maladies de la peau.

— M. le docteur Félix Voisin vient d'être nommé médecin de l'hospice de Bicêtre, en remplacement de M. Ferrus.

—

Promotions.

— M. Gerdy, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chevalier de la légion d'honneur.

— M. Marjolin, également professeur de pathologie externe à la même Faculté, vient d'être nommé officier du même ordre.

— M. Cornac, médecin à l'Hôtel des Invalides, et membre de l'Académie de médecine, est aussi promu au grade d'officier de la légion d'honneur.

—M. Rivière, médecin en chef de l'hospice d'Aurillac, est nommé membre du Jury médical du Cantal, en remplacement de M. Miquel, décédé.

— M. Poncelet a été nommé, par voie de suffrage, président de l'Académie des sciences pour le reste de l'année 1840, en remplacement de M. Poisson, décédé.

—

Armée.

M. Bégin, professeur à la Faculté de Strasbourg, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de cette ville, est nommé à l'emploi de chirurgien en chef, premier professeur au Val-de-Grâce. Il laisse donc vacante à la Faculté de Strasbourg la chaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire. On dit que M. Bégin se met sur les rangs pour la chaire de médecine opératoire de la Faculté de Paris.

— M. Alquié, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, est promu au grade de médecin principal d'armée.

— M. Soudan, professeur du Val-de-Grâce, est nommé chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz, en remplacement de M. Hénot, qui passe en son grade à l'hôpital de Strasbourg.

— M. Thiriaux, professeur de pharmacie du Val-de-Grâce, est nommé pharmacien en chef, premier professeur à l'hôpital d'instruction de Lille.

— Les membres du *conseil de santé,* quoique revêtus du titre d'inspecteurs du service médical des régimens et des hôpitaux de l'armée, n'en avaient jusqu'ici rempli les fonctions qu'à de très rares intervalles. Le corps de l'intendance militaire se sentant à juste titre incompétent en cette matière, le conseil de santé vient de recevoir la mission d'inspecter le service médical de la France militaire partagée en quatre zones. M. l'inspecteur Moizin est chargé de visiter Paris et le nord, et sera assisté dans sa tournée par M. Bégin; M. Gasc se rend dans l'est, M. Pasquier dans le midi, et M. Brault dans l'ouest.

M. le baron Larrey reste à Paris, chargé des fonctions attachées à la résidence.

—

Nécrologie.

M. Louis-Antoine Planche, ancien pharmacien, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir.

— M. le général Rogniat, pair de France, membre libre de l'Académie des sciences, est mort dans les premiers jours de mai.

— L'Académie des sciences vient de faire encore une nouvelle perte dans la personne de M. Brochant de Villiers, membre de la section de minéralogie.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire ; par Auguste Vidal (de Cassis), chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur particulier de pathologie externe et de médecine opératoire, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

C'est avec une sorte de regret et de mauvaise humeur, que nous entamons l'analyse de l'ouvrage de M. Vidal. Le compte sérieux d'un ouvrage, comprenant un *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire,* c'est-à-dire la science chirurgicale tout entière, d'un livre dans le quel « au lieu d'une chirurgie on trouvera, pour ainsi dire, trois *chirurgies* (préface, viij), » lesquelles *chirurgies*, au lieu d'être exposées comme autrefois, sont distribuées suivant une « classification qui appartient à notre époque, qui se cherchait depuis long-temps, et qui s'est enfin trouvée dans le livre de M. Vidal (préface, x); » le compte sérieux et complet d'un pareil ouvrage n'est pas aisé à rendre. La littérature médicale est telle de nos jours que la *critique n'est plus aisée,* elle prend trop de temps et de place, un honnête homme a mieux à faire que de s'en occuper.

Cependant la publication de cet ouvrage avance, le troisième tome a paru, et le quatrième va, dit-on, bientôt paraître ; plusieurs fois, loyalement d'ailleurs et en face, l'auteur nous a reproché le silence que nous gardions comme un *déni de justice,* comme un tort que nous n'avions pas le droit de lui faire, et que nous ne devions pas nous donner. Commençons donc, et que l'examen du livre de M. Vidal soit pour nous l'occasion pénible, mais utile, de voir ou d'apprécier comparativement et brièvement, suivant la mesure de nos lumières et de notre jugement, les principales œuvres de chirurgie fabriquées devant nous pendant ces dernières années.

Le prochain numéro contiendra le premier des trois ou quatre articles que nous comptons consacrer à cette revue.

J. Lebaudy.

TABLE ANALYTIQUE

Du premier semestre de l'année 1839-40 du Journal des Connaissances-Médico-Chirurgicales.

A.

Acétate de plomb (essai sur les effets de l') dans le traitement de l'anévrisme de l'aorte, par MM. Dusol et Legroux, 165.
Affection calculeuse (mémoire sur une altération spéciale de la vessie dans certains cas d'), par M. Bouchacourt, 72.
— chlorotiques (nouvelles observations sur l'efficacité des pilules de Blaud dans les), 33.
— granuleuse (des altérations du sang dans l') des reins, par M. R. Christison, 83.
— utérines (usage de l'arsenic dans les), par M. H. Hunt, 212.
Air (introduction de l') dans les veines, 39.
Albuminurie, 215.
Aliénation mentale (du laurier-cerise dans quelques cas d'), par M. Cervetto, de Vérone, 167.
Altérations du sang (des) dans l'affection granuleuse des reins; par M. Robert Christison, 83.
Amaurose (observation anatomico-pathologique sur l'), par le D. Bourdo-Linosi, 213.
Amputation sus-malléolaire, 256.
Anatomie pathologique (manuel de médecine opératoire fondée sur l'anatomie normale et sur l') par M. Malgaigne, 248.
— pathologique (pièces d') représentées en relief, par M. Thibert, 256.
Anévrisme de l'aorte (essai sur les effets de l'acétate de plomb dans le traitement de l'), par MM. Dusol et Legroux, 165.
— faux de l'artère brachiale, 215.
— ventral (discussion d'un énorme), par sir David Dickson, 84.
— (quatre opérations pour un) de l'artère poplitée, par Sam. Nadwen, 254.
Angine laryngée oedémateuse (quelques mots et quelques faits relatifs à l'), par M. Legroux, 89.
Animaux vertébrés (rapport sur un mémoire de M. Bazin sur la structure intime des poumons chez les), 216.
Antimoine (expériences chimiques sur le soufre doré d') comme agent vomitif et sudorifique, par M. A. Toulmouche, 33.
Anus artificiel (établissement d'un) en ouvrant le colon lombaire gauche sans pénétrer dans le péritoine, 125.
Anus (considérations pratiques sur les hémorrhoïdes et les fissures à l'), par M. Jobert, de Lamballe, 120.
Aphorismes d'Hippocrate, traduits en français par MM. Lallemand et Pappas, 250.
Arsenic (note sur les propriétés thérapeutiques et vénéneuses de l'iodure d'), par M. Antony Todd Thompson, 120.
— Mémoire sur un nouveau procédé pour constater facilement dans nos organes la présence d'une préparation arsenicale qui aurait été absorbée, par M. Orfila, 236.
— (usage de l') dans les affections utérines, par H. Hunt, 212.
— (mémoire sur les moyens de s'assurer que l') obtenu des organes où il a été porté par absorption ne provient pas des réactifs ni des vases employés à la recherche médico-légale de ce poison, par M. Orfila, 155.
Arsénieux (traitement de l'empoisonnement par l'acide), 128.
— (empoisonnement par l'acide), 256.
Artère brachiale (anévrisme faux de l'), 215.
— poplitée (quatre opérations pour un anévrisme de l'), par M. Nadwen, 254.
Articulation coxofémorale (nouvelles recherches sur le ligament rond de l'), par M. Cronigneau, 141.
— du coude (lésion grave de l'), guérie sans amputation, 169.
Atrophie nerveuse (de l').
Auscultation (recherches sur l') du cerveau, par M. Fisher de Boston, 102.
Autopsie (ordonnance de police concernant l') des cadavres, 218.

B.

Belladone (note sur l'emploi de la) comme préservatif de la scarlatine, par M. Féron, 68.
Beurre (du caséum et de la formation du), 217.
Blaud (nouvelles observations sur l'efficacité des pilules de) dans les affections chlorotiques, 33.
Brihgt (maladie de) ou albuminurie, 215.
Branchial (recherches sur l'appareil) de l'embryon humain, 130.
Bras (luxation du), 257.
Broussais, par M. H. Gouraud, 3.
Bruit de souflet (de la valeur du) dans la péricardite, par M. Max. Simon, 64.
Brulures (observations sur l'emploi du nitrate d'argent dans les), 124.
Bubons (de la cautérisation des), par M. Daime, 66.

Bubons (de l'avantage des ponctions dans le traitement des), par M. Vivefoy, 150.

C.

Cadavres (ordonnance de police concernant le moulage, l'autopsie, l'embaumement et la momification des), 218.
Calcul salivaire (observation de), par M. Bruland, 17.
Calculeuse (mémoire sur une altération de la vessie dans certains cas d'affection), par M. Bouchacourt, 72.
Caséum (du) et de la formation du beurre, 217.
Cathétérisme (principes fondamentaux du), par M. Math. Mayor, 118.
Cautérisation (de la nécessité de la) antéro-postérieure dans certains rétrécissements du canal de l'urèthre, par le D. Barré, de Rouen, 71.
— (de la) des bubons, par M. Daime, 66.
— (nouveau mode de) pour les rétrécissements de l'urèthre, 40.
Cerveau (exposé sommaire de recherches faites sur quelques parties du), par M. Ribes père, 30.
— (recherches sur l'auscultation du) par M. Fisher, de Boston, 102.
Cervicales (détermination des fissures) de l'embryon de l'homme et des vertébrés, 258.
Chaire de pathologie interne (juges du concours pour la), 256.
Cheval (injection du pus dans les veines du), 169
Circulation capillaire (de l'influence du froid sur la), par M. Poiseville, 216.
Clavicule (extraction de la) avec une tumeur située sur cet os, par M. Benj. Travers, 255.
Colostrum (du) observé chez les femmes pendant la gestation, et de ses rapports avec la sécrétion lactée après l'accouchement, 217.
Compression (de la) et de son efficacité dans un grand nombre de cas, par M. Bertherand, 12.
Congénitale (luxation) du fémur, 172.
Cornée transparente (moyen d'arrêter la destruction de la), par M. F. Tyrrel, 255.
Corps étrangers (note sur deux cas d'extraction de) introduits dans les voies digestives, par M. Bouchacourt, 208.
Croup (du), 38.
Cyanogène (recherches chimiques sur l'acide hydrocyanique et sur l'action du) dans diverses maladies, par M. Max. Simon, 207.

D.

Déviations latérales (sur les) de l'épine dorsale, par M. Hossard, 173.
— de l'épine (section des muscles dans le traitement des) par M. Jules Guérin, 131.
Diagnostic (recherche sur le) des maladies de poitrine, chez les enfants, par M. Taupin, 34.
Dilatation (de la) brusquée du canal de l'urèthre, par M. Chrétien, 140.
Docteurs (réception de), 263.
Doctrine hippocratique (considérations nouvelles sur la), par M. Thirial, 45.
Dyssenterie (épidémie de) dans l'armée ottomane, 128.

E.

Education des idiots (sur l'), par M. E. Séguin; analysé par M. Morpurgo, 136.
Embaumement (ordonnance de police concernant l') des cadavres, 218.
Embryologie. Recherches sur l'appareil branchial de l'embryon humain dans les trois premiers mois de son développement, par M. Serres, 130.
Embryon (respiration primitive de l'), 258.
Emissions sanguines (de l'influence des) et des vésicatoires appliqués sur la poitrine dans la pneumonie simple ou compliquée des enfants, par M. A. Becquerel, 74.
Emplatre de Vigo (mémoire sur l'emploi de l') dans la variole, par M. Nonat, 123.
Emplatre de Vigo dans la variole, 257.
Empoisonnement (traitement de l') par l'acide arsénieux, 128.
— (observation d') par le sublimé corrosif, par M. A. Wood, 212.
— par l'acide arsénieux, 256.
Encéphale (recherches sur les altérations anatomiques de l') dans les maladies typhoïdes, 170.
— (recherches expérimentales sur les fonctions de l'), 255.
Enfants nouveau-nés (essai sur l'hémiplégie faciale chez les), 143.
— (de la galactyrrhée chez les, 169.
Enkystées (de quelques tumeurs) du cou; de leur nature et de leur traitement, par MM. Louis Fleury et Marchessaux, 166.
— (hydropisie) de l'ovaire. Opération pratiquée par M. Récamier pour la cure radicale de cette hydropisie, 36.
Epidémie de fièvre jaune, 170.
— de suette miliaire, 127.
— de dyssenterie dans l'armée ottomane, 128.
— de fièvre puerpérale, en 1838, à l'hôpital des Cliniques, par M. Voillemier, 221.
— (note sur l') de Versailles, par M. Faure Villars, 121.
Epine dorsale (sur les déviations latérales de l'), par M. Hossard, 173.
Ergot de seigle (métrorrhagie pendant la grossesse et emploi de l'), par M. Henry de Saint-Arnoult, 202.

F.

Farcin (des diverses espèces de morve et de), par M. Leblanc, 115.
Femur (luxation congénitale du), 172.
— (luxation du) en haut et en dehors, par M. Bouchard, 18.
Fermentation (de la) acide et de la fermentation putride, par M. Donné, 217.
Ferrugineux (du pain) du docteur Boissière, 261.
Fièvre (qu'est-ce que l'inflammation? qu'est-ce que la?), par M. Latour, 203.
— maligne (rapport sur la) qui a régné dans quelques parties du Bay-Potan, dans les Indes depuis le mois de juillet 1836, par M. J. Rankin, 84.
— puerpérale (histoire de la) qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838, par M. Voillemier, 221.
— jaune (épidemie de), 170.
— typhoïde (mémoire sur la), par M. de Larroque, médecin de l'hôpital Necker, 160.
— (nouveau traitement de la), 125.
— (de la) de sa nature et de son traitement, par M. Gaussail, 160.
— (Recherches cliniques sur la) observée dans l'enfance, par M. Taupin, 177.
Fissures (considérations pratiques sur les hémorrhoïdes et sur les) à l'anus, par M. Jobert, de Lamballe, 120.
— (détermination des) cervicale de l'embryon chez l'homme et chez les vertébrés, par M. Serres, 253.
Fractures (traitement des) par l'appareil inamovible, 168.
— (nouvel appareil pour la) de la rotule, par M. Malgaigne, 219.
Froid (de l'influence du) sur la circulation capilaire, par M. Poiseville, 216.

G.

Galactyrrhée (de la) des nouveau-nés, 169.

Gale (emploi de l'huile provenant de la distillation des schistes dans le traitement de la), 174.
Gendrin (traité philosophique de médecine pratique par M.), analysé par M. L., 24.
Gestation (du *colostrum* observé chez les femmes pendant la) et de ses rapports avec la sécrétion lactée après l'accouchement, 217.
Glossite (observation de), par M. Bruland, 17.
Gravelle (remarque sur le traitement de la), par M. Civiale, 173.
— rouge (du traitement de la) avec émission spontanée et sans douleurs, par M. Civiale, 209.
Granulations (mémoire sur les) des paupières et de leur traitement, et spécialement des moyens thérapeutiques applicables aux granulations des paupières supérieures, par M. Gouzée, 14.
Grenouillette (observation de), par M. Bruland, 17.
Grippe (histoire de la) à Lyon, en 1837, par M. Gubian, 163.
Grossesse (métrorrhagie pendant la) et emploi de l'ergot de seigle, 202.

H.

Hémiplégie faciale (essai sur l') chez les enfants nouveau-nés, par M. Landouzy, 143.
Hémorrhagie spontanée du mésentère, 169.
Hémorrhoïdes (considérations pratiques sur les) et les fissures à l'anus, par M. Jobert, de Lamballe, 120.
Hernies (note sur une nouvelle méthode pour opérer la cure radicale des) par M. Henry, médecin à Arnaville (Meurthe), 19.
— (de la fréquence des) selon le sexe, les âges et relativement à la population, par M. Malgaigne, 173.
— (mémoire en réponse à cette question : les) inguinales et crurales qui peuvent être réduites sont-elles susceptibles d'une guérison radicale, par M. Pasquier, 206.
Hippocrate (aphorismes d') traduits en français, par MM. Lallemand et Pappas, 250.
Hippocratique (considérations nouvelles sur la doctrine), par M. Thirial, 45.
Hopitaux (réforme d'abus dans les), 175.
Hydrocèle (considérations sur l') et sur un nouveau moyen de pratiquer l'injection avec un instrument à pompe, par M. Baud, interne (extrait des leçons de clinique de M. Lisfranc), 32.
Hydrocyanique (recherches cliniques sur l'action de l'acide) et des préparations de cyanogène dans diverses maladies, par M. Max-Simon, 207.
Hydropisie enkystée de l'ovaire (opération pratiquée par M. Récamier pour la cure radicale d'une), 36.
Hymen (incision de la membrane), par M. Bidart, 109.

I.

Idiots (sur l'éducation des), par M. E. Seguin ; analysé par M. Morpurgo, 136.
Iodure d'arsenic (note sur les propriétés thérapeutiques et vénéneuses de l') par M. Antony Todd Thompson, 120.
Imperforation vaginale ; accidents consécutifs graves, par M. Bidart, 109.
Inflammation (qu'est-ce que l') ? qu'est-ce que la fièvre, par M. R. Latour, 203.
Injection du pus dans les veines du cheval, 169.
Inoculation (recherches expérimentales et comparatives sur les effets de l') au cheval et à l'âne, par M. Leblanc, 115.
Inoculation (de l'influence des préparations mercurielles sur les effets de l') du vaccin et de la variole, par M. Briquet, 252.
Instruction publique (rapport à M. le ministre de l'), 262.

K.

Kermès (emploi du) à haute dose, par M. Double, 191.
Kyste uniloculaire de la trompe utérine gauche, 36.

L.

Lait (recherches et expériences par MM. D'Arcet et Petit sur les qualités chimiques du) dans leurs rapports avec la santé des enfans et le choix des nourrices, 37.
— (du) en général, considéré sous le rapport des divers phénomènes qu'il présente au contact de l'air, par M. Donné, 217.
Langage (localisation de l'organe du), 256-257.
Laryngée (quelques mots et quelques faits relatifs à l'angine œdémateuse), par M. Legroux, 89.
Laurier-cerise (du) dans quelques cas d'aliénation mentale, par M. Cervetto, de Vérone, 167.
Ligament interarticulaire (nouvelles recherches sur le) de l'articulation coxofémorale, par M. Cronigneau, 141.
Ligature (de la) sous-cutanée des veines dans le traitement des varices, par M. Du Lac, 110.
Luxation du fémur en haut et en dehors, par M. Bouchard, 18.
— du bras, 257.
— congénitale du fémur, 172.
— tarso-métatarsienne (observation de), par M. Bouchard, 19.

M.

Machoire inférieure (recherches cliniques pour servir à l'étude pratique de la résection de la), par M. L. de Wanker, 251.
— (extraction par parties de toute la), par John. Perry, 254.
Maladies (de la spécificité dans les), par M. G. Dupré, 203.
Maladies de la france (histoire des) dans leurs rapports avec les saisons, par M. Fuster, 258.
Maladies de poitrine (recherches sur le diagnostic des) chez les enfants, par M. Taupin, 34.
Maladies typhoïdes (recherches sur les altérations anatomiques de l'encéphale dans les), 170.
Maladie vertébrale (de quelques cas graves de), par M. Cervetto, de Vérone, 85.
Mamelons (histoire d'une femme ayant deux seins et deux), par M. Robert Lee, 255.
Manuel de médecine opératoire fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologiques par M. Malgaine, 248.
Matière médicale (élémens de) et de pharmacie, par M. Bouchardat, 70.
Médecine (de l'exercice de la) en province et à la campagne, considérée dans ses rapports avec la pratique, par M. Thiaudière, 118.
Médecine opératoire (manuel de) fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, 248.
Médecine pratique (traité philosophique de), par M. A. N. Gendrin, 24.
Membranes muqueuses gastrique et intestinale (recherches anatomiques sur la structure des), par M. Flourens, 87.
Mercurielles (de l'influence des préparations) sur les effets de l'inoculation du vaccin et de la variole, par M. Briquet, 252.
Mésentère (hémorrhagie spontanée du), 169.

Météorologie (histoire médicale ou) de la France, par M Fuster, 258.
Métrorrhagie pendant la grossesse et emploi de l'ergot de seigle, par M. Henry de Saint-Arnoult, 202.
Moelle épinière (essai sur quelques points de physiologie et de pathologie de la), par M. Henry Gerard, 204.
Momification (ordonnance de police concernant la) des cadavres, 218.
Morve (des diverses espèces de) et de farcin par M. Leblanc, 115.
Morve chronique chez l'homme, 126.
Morve aigue, 127.
Morve aigue (de la) chez l'homme, par M. Eug. Nap. Vigla, 20.
Moulage (ordonnance de police concernant le) des cadavres, etc. 218.
Musc (observation de péripneumonie traitée d'abord par les saignées répétées, puis par le musc, 193.
Muscle (section des) dans le traitement des déviations latérales de l'épine, par M. J. Guérin, 131.

N.

Nerfs (discussion sur les), 38.
Nerfs rachidiens (fait physiologique relatif aux racines des), par M. Longet, 129.
Névralgie (note sur la paralysie et sur la), par M. Magendie, 131.
Nitrate d'argent (observation sur l'emploi du) dans les brûlures, 124.

O.

Ongle incarné (nouveau traitement de l'), par M. Barbette, 197.
Or (effet des feuilles d') appliquées sur la peau pendant l'éruption de la variole, 132.
Organes génitaux (est-il vrai que l'on puisse reconnaître d'après l'état des) si la suspension a eu lieu pendant la vie ou après la mort, par M. Orfila (lecture faite à l'Académie de médecine), 111.
Ophthalmie purulente (note sur l') des enfants et sur son traitement, 211.

P.

Pain ferrugineux (du), du docteur Boissère, 261.
Paralysie (note sur la) et sur la névralgie, par M. Magendie, 131.
Paupières (mémoire sur les granulations des) et de leur traitement, et spécialement des moyens thérapeutiques applicables aux granulations des paupières supérieures, par M. Gouzé, médecin en chef de l'hôpital d'Anvers, 14.
Péricardite (de la valeur du bruit de soufflet dans la), par M. Simon, 64.
Périnée (déchirure centrale du), 39.
Péripneumonie (observation de), traitée d'abord par les saignées répétées, puis par le musc, par M. Thibeaud, 193.
Pharmacie (élément de matière médicale et de), par M. Bouchardat, 70.
Phthisie pulmonaire (essais sur la curabilité de la), par M. Rogée, 76, 164.
Pieds bots (mémoire sur la section du tendon d'Achille dans le traitement des), par M. Bouvier, 69.
Pilules de blaud (nouvelles observations sur l'efficacité des) dans les affections chlorotiques), 33.
Plaies (mémoire sur les) sous-cutanées, 172.
Plomb (essais sur les effets de l'acétate de) dans le traitement des anévrismes de l'aorte, par MM. Dusol et Legroux, 165.
Pneumonie (de l'influence des émissions sanguines et des vésicatoires appliqués sur la poitrine dans la) simple ou compliquée des enfants, par M. A. Becquerel, 74.
Poids et mesures (applications du nouveau système des), 124.
Poitrine (diagnostic des maladies de) chez les enfants, par M. Taupin, 34.
Ponctions (de l'avantage des) dans le traitement des bubons, par M. Vivefoy, 150.
Poplitée (quatre opérations pour un anévrisme de l'artère) par M. S. Nadwen, 254.
Poumon (recherches sur la structure intime du) de l'homme et des animaux vertébrés, 174, 216.
Prostate (essais sur un nouveau moyen de diagnostiquer les diverses déformations de la), par M. Mercier, 81.
Purgatifs (des) et leurs principales applications, par M. Requin, 114.
Pus (injection du) dans les veines du cheval, 169.

Q.

Quinquina (note sur un mauvais) qui est aujourd'hui très répandu dans le commerce, par M. Bouchardat, 210.

R.

Rage (observations de) chez l'homme, 39.
Rapport à M. le ministre de l'instruction publique, 262.
Reins (des altérations du sang dans l'affection granuleuse des), par M. Robert Christison, 83.
Résection (recherches cliniques pour servir à l'étude pratique de la) de la mâchoire inférieure, par L. de Wanker, 251.
Rétrécissements (de la nécessité de la cautérisation antéro-postérieure dans certains) du canal de l'urèthre, par le D. Barré, 71.
— (nouveau mode de cautérisation pour les) de l'urèthre, 40.
Rougeole secondaire (cas de), par M. J. Moore, 212.
Rotule (nouvel appareil pour la fracture de la), par M. Malgaigne, 219.

S.

Salivaire (observation du calcul), par M. Bruland, 17.
Sang (sur les altérations essentielles du) dans les principales espèces d'animaux domestiques, 125.
Scarlatine (essai sur la) sans exanthème, par M. Taupin, 151.
— (note sur l'emploi de la belladone) comme préservatif de la), par M. Féron, 68.
Schistes (emploi de l'huile provenant de la distillation des) dans le traitement de la gale, 184.
Seins (histoire d'une femme ayant deux) et deux mamelons, par M. R. Lee, 255.
Soufflet (bruit de), sa valeur dans la péricardite, par M. Max Simon, 64.
Soufre doré d'antimoine (expériences cliniques sur le) comme agent vomitif et sudorifique, par M. A. Toulmouche, 33.
Spécificité (de la) dans les maladies, par M. G. Dupré, 205.
Staphyloraphie (nouvel instrument pour pratiquer la suture dans l'opération de la), 169.
Sublimé corrosif (observation d'empoisonnement par le) par M. A. Wood, 212.
Suette miliaire (épidémie de), 127.
Suspension (est-il vrai que l'on puisse reconnaître d'après l'état des organes génitaux si la) a eu lieu pendant la vie ou après la mort, par

M. Orfila, (lecture faite à l'Académie de médecine) 111.
SUTURE (nouvel instrument pour pratiquer la) dans l'opération de la staphyloraphie, 169.
SYSTÈME NERVEUX (quelques nouvelles expériences sur les fonctions du) par M. Magendie, 129.

T.

TENDON D'ACHILLE (mémoire sur la section du dans le traitement des pieds bots, par M. Bouvier, 69.
TESTICULE (tumeur encéphaloïde du), pesant neuf livres, 215.
TRACHÉOTOMIE (de la), 38.
TROMPE (kyste uniloculaire de la) utérine gauche, 56.
TUMEURS ENKYSTÉES (de quelques) du cou, de leur nature et de leur traitement, par MM. L. Fleury et Marchessaux, 166.
TUMEUR encéphaloïde du testicule pesant neuf livres, 215.

U.

ULCÉRATIONS (mémoire sur les) des voies aériennes, par M. J. B. Barth, 77.
URÈTHRE (mémoire sur la nécessité de la cautérisation antéro-postérieure dans certains rétrécissements du canal de l'), par le docteur Barré, 71.
— (de la dilatation brusquée du canal de l'), par M. Chrétien, 140.
— (nouveau mode de cautérisation pour les rétrécissements de l'), 40.

V.

VACCIN (de l'influence des préparations mercurielles sur les effets de l'inoculation du) et de la variole, par M. Briquet, 152.
VACCINE (quelques études sur la), par M. Dourlen, de Lille, 56.
VAGIN (observation d'absence complète du) 170.
VAGINALE (imperforation), accidents consécutifs graves, par M. Bidart, 109.
VARICES (mémoire sur le traitement des) des membres inférieurs, par M. Bonnet, de Lyon, 79.
VARICES (cure radicale des), par M. Rima, chirurgien de l'hôpital de Venise, 86.
— (de la ligature sous-cutanée des veines dans le traitement des), par M. L. Dulac, 110.
VARIOLE (de l'influence des préparations mercurielles sur les effets de l'inoculation du vaccin et de la), par M. Briquet, 152.
— (effet des feuilles d'or appliquées sur la peau pendant l'éruption de la), 132.
— (mémoire sur l'emploi de l'emplâtre de Vigo dans la), par M. Nonat, 123.
— (emplâtre de Vigo dans la), 257.
— (moyen de prévenir les traces de la), par M. Larrey, 172.
VEINES (injection du pus dans les) du cheval, 169.
— (introduction de l'air dans les), 39.
— (de la ligature sous-cutanée des) dans le traitement des varices, par M. Du Lac, 110.
VÉSICATOIRES (de l'influence des émissions sanguines et des) appliqués sur la poitrine dans la pneumonie simple ou compliquée des enfants, par M. A. Becquerel, 74.
— (première lettre thérapeutique à Pierre Bretonneau sur les), par M. A. Trousseau, 133; 2e lettre, 231.
VESSIE (mémoire sur une altération spéciale de la) dans certain cas d'affection calculeuse, par M. Bouchacourt, 72.
VERTÉBRALE (de quelques cas graves de maladie), par M. Cervetto de Vérone, 85.
VIPÈRE (morsure de la) nouveau détail sur l'organisation de ce reptile, par M. Grand-Boulogne, 189.
VOIES AÉRIENNES (mémoire sur les ulcérations des), par M. J. Barth, 77.
VOIES DIGESTIVES (note sur deux cas d'extraction de corps étrangers introduits dans les) par M. Bouchacourt, 208.
VOIX (recherches sur le mécanisme de la), par M. Nonat, 174.
VOLVULUS (mémoire sur le) avec expulsion d'une portion de l'intestin, 127.

Œ.

ŒDÉMATEUSE (quelques mots et quelques faits relatifs à l'angine laryngée), par M. Legroux, 89.
ŒIL (explication du mécanisme de l') par M. Vallée, 174.

FIN DE LA TABLE DU PREMIER SEMESTRE.

TABLE ANALYTIQUE

Du deuxième semestre de l'année 1839-40 du Journal des Connaissances-Médico-Chirurgicales.

A.

Accouchement prématuré artificiel, 215.
— chez une naine, 171.
Acétate de plomb. Ses effets funestes, 71.
Acide cyanhydrique, 69, 165.
Aconit-napel (empoisonnement par l'), 115.
Aiken. Résurrection d'un asphyxié, 230.
Alun dans les affections cancéreuses, 123.
— combiné avec le cubèbe contre la blennorrhagie, 231.
Amaurose chlorotique, 66.
Ammoniaque contre l'ivresse, 245.
Anasarque du cuir chevelu, 214.
Anatomie pathologique, avec modèles en relief, 211.
Anévrisme de la crosse de l'aorte, 215.
— de l'aorte descendante, 216.
— dans l'orbite, 250.
— par anastomose guéri par la suture entortillée, 23.
Angine de poitrine, 120.
Ankilose. Leçon de M. Velpeau, 207.
Anthrakokali contre les éruptions herpétiques, 208, 211.
Aorte (crosse de l'). Anévrismes, 215.
Aorte descendante. Anévrismes, 216.
Appareil amovible et inamovible, 56.
Argent. De ses préparations, 234.
Arnold. Microphthalmie, 25.
Arsenic. Médecine légale; thérapeutique; toxicologie, 67, 89, 119, 133, 215, 216, 217.
Artère axillaire. Rupture dans la réduction des luxations, 168.
Ascite guérie par le bandage gradué, 256.
Asphyxie, 230.
Asphyxie par l'hydrogène carburé, 118.
Aston-key. Paraplégie, 117.

B.

Bailleul. Amputations, 31.
— Cas rare de thérapeutique chirurgicale, 124.
Bains de vapeur, contre les maladies articulaires chroniques, 65.
Banier. Influence physcologique et thérapeutique, 235.
Barbarotta. Fièvre intermittente miasmatique, 27.
Baroni. Réduction de la luxation scapulo-humérale, 25.
Barthez. Conformation et déformation de la poitrine chez les enfants, 151, 188.
Bassereau. Névralgie des nerfs intercostaux, 221.
— Tuberculisation des ganglions bronchiques, 165.
Becquerel. Acide cyanhydrique, 165.
Bérard (A.). Éléments de médecine opératoire de M. Velpeau, 159, 197.
Bicking. Effets funestes de l'acétate de plomb, 71.
Blaud. Stérilité et amaurose chlorotique, 66.
Blennorrhagie traitée par l'alun et le poivre cubèbe combiné, 231.
Blumharet. Empoisonnement par le colchique, 252.
Bodenius. Carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine, 2, 71.
Bonati. Fièvre pernicieuse maniaque, 254.
Bonvin. Eaux minérales de Loëche, 256.
Bordes. Ongle incarné et panaris, 252.
Bouley. Morve aiguë. 64.
Bourdois. Superfétation, 231.
Boivier. Section du sterno-mastoïdien, 247.
Bras sans humérus, 118.
Breschet. De la morve, 172.
Brown (William). Etat pathologique simulant l'inflammation, 117.
Buchanan. Séparation des membranes chez le fœtus, 73.
Buchey. Effets du monésia, comme anti-scrofuleux, 157.
Burdach. Hépatocèle, 252.
Busk. Anévrisme dans l'orbite, 250.

C.

Calculs vésicaux, produits par l'usage des eaux alcalines, 77.
Carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine, 71.
Cazenave (J. J.). Description d'un uréthromètre, 113.
— Nitrate d'argent, 209.
Cerveau. Structure, 31, 82, 123.
Champignons (empoisonnement par le), 212.
Charmasson. De la péritonite avec météorisme, 100.
Chlorose, 66.
Cisseville. Eaux de Forges, 193.
Colchique (empoisonnement par le), 252.
Collapsus dans les affections aiguës de poitrine, 249.
Combes (H.). Modes de terminaison des maladies aiguës, 240.
Compendium de médecine pratique. Analyse, 18,

Compression contre les tumeurs blanches, 162.
Contagion de la dothinentérie, 104.
Corne développée sur le front d'une femme, 30.
Corrigan. Opium à haute dose contre le rhumatisme aigu, 167.
Conter. Amaurose chlorotique, 246.
Cubèbe (poivre) combiné avec l'alun contre la blennorrhagie, 251.
Courling. Vers vésicaux, 251.
Cystocèle vaginale, 256.

D.

Delamare. Accidents nerveux au début d'une grossesse, 211.
Deville. Expérimentation de la méthode Louvrier, 207.
Dieffenbach. Nouvelle opération pour guérir le strabisme, 172.
Digitale. Son influence sur les contractions de l'utérus, 245.
Doin. Vaccination avec le cow-pox, 218.
Dupierris (Martial). Rétrécissements organiques de l'urèthre. 20.
Dupré. Fonctions de la moelle épinière, 123.
— Spécificité dans les maladies, 107.
Duval. Modifications à la canule de Dupuytren, pour la fistule lacrymale, 121.
Dyssenterie (observations sur une variété de), 112.
— (traitement de la), 71.

E.

Eaux minérales de Loëche, 236.
Eaux minérales d'Uriage, 235.
Empoisonnement par l'acide arsénieux, 215, 217.
— par le tartre stibié, 171.
— par les baies de morelle noire, 111.
— par l'extrait alcoolique d'aconit napel, 113.
— par les champignons, 212.
Enfans trouvés, 235.
Enseignement médical, 219.
Epidémies de fièvre puerpérale, 96.
— de suette miliaire, 63.
Exhalations séreuses. De leur modification par la pression atmosphérique, 125.

F.

Fémur. Luxations et pseudo-luxations, 126.
Fer (Péroxide hydrate de). Contre l'empoisonnement par l'arsénite de cuivre, 119.
Féron. Contagion de la dothinentérie, 104.
Ferrugineux (pain), 261.
Fièvre métastatique, 120.
— puerpérale épidémique, 3, 96.
Fièvre (qu'est-ce que la fièvre), 109.
Fièvre pernicieuse maniaque, 254.
Fièvre typhoïde dans l'enfance, 11.
— est-elle contagieuse? 104.
Fièvres intermittentes miasmatiques. Leurs effets secondaires, 27.
Fistule lacrymale (modification à la canule de Dupuytren pour la), 121.
Flamm. Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, 119.
Fractures. Appareil amovible et inamovible, 56.
Froid (traité du), 62.

G.

Gallardi (Antonio), 120.
Gangrène chez un nouveau-né, 170.
Gauthier (de Claubry). Fabrication du pain, 241.
Gérardin (Romain). Scarlatine sans exanthème, 106.
Gerdy (J. V.). Eaux minérales d'Uriage, 235.
Gerdy (prof.). Organisation du cerveau, 82.
Gervais. Ammoniaque contre l'ivresse, 245.
Gibert (C. M.). Altérations du sang dans les maladies, 238.
Gibert. Des névroses, 241.
Gintrac. Sur une variété de dyssenterie, 112.
— Sur le mérycisme, 114.
Glande lacrymale. Squirrhe et ablation, 164.
Gomme ammoniaque dans la tympanite, 26.
Goutte. Traitement par l'eau de Vichy, 215.
— — par les sinapismes, 22.
Graves (Robert James). Observations diverses, 22.
Grossesse (rétroversion de l'utérus pendant la) 119.
— de quatre enfans, 231.
— troublée par des accidents nerveux, 111.
Guérin (Jules). Etiologie des luxations et pseudo-luxations du fémur, 126.
— Mécanisme des exhalations séreuses, 125.
Rétraction des ligaments, 258.
Gymnastique. De ses bons effets dans les maladies articulaires chroniques, 65.

H.

Hennemann. Traitement du croup, 119.
Hépatocèle suivie de guérison, 252.
Hernie diaphragmatique, 213.
— inguinale. Cure radicale, 119.
Hernies étranglées. Nouveau signe diagnostic, 217.
Hernies inguinale et crurale. Question sur leur curabilité, 108.
Huile de morue contre les scrofules, 247, 251.
Honouit (Desfontaines). Capsules de gélatine, 248.
Hunter (James). Presbyopie subite et passagère, 215.
Hydrocèle avec état cartilagineux de la tunique vaginale, 76.
Hydrogène carburé (asphyxie produite par l'), 118.
Hygiène comme moyen universel de traitement, 67.

I.

Imerio (Ferrari). Cure radicale de la hernie inguinale, 119.
Inflammation. De quelques états pathologiques qui la simulent, 117.
— mécanisme (de l'), 238.
— (Qu'est-ce que l'), 109.
Inhumations précipitées, 61.

J.

Jakobovics. Note sur l'anthrakokali, 208, 211.
Jolly. Chlorose, 66.

K.

Kieselcach. Absence congénitale du foie, 167.

L.

Lacorbière. Traité du froid, 62.
Lactate de fer, 123.
Laennec (éloge de), 33.
Laserre. Moyen d'expulser les corps étrangers de la trachée, 124.
Latour (Robert). Qu'est-ce que l'inflammation et la fièvre? 109.
Laugier. Nouveau signe diagnostic dans les étranglements herniaires, 217.
Lavacherie. Compression contre les tumeurs blanches, 162.
Law. Effets du mercure à petites doses, 22.
Leroy (d'Étiolles). Prostatite chronique, 217.

Ligaments. De leur rétraction 258.
Lithotritie urèthrale, 123.
Localisation du langage, 28.
Lorraine. Ongle incarné, 232.
Louvrier. Méthode de réduction des ankiloses, 207.
Lugol. Causes des maladies scrofuleuses, 125.
Luxation scapulo-humérale (nouveau moyen de réduction), 25.
Luxations (données sur leur traitement en général), 206.
Luxations et pseudo-luxations du fémur, 126.

M.

Maclachan. Anévrisme par anastomose, guéri par la suture entortillée, 23.
Magill. Traitement de la scarlatine, 72.
Maladies aigues. De leur mode de terminaison, 240.
Mandt. Existence d'un serpent dans l'estomac, 24.
Maslieurat. Squirrhe de la glande lacrymale, 164.
Massage contre les maladies articulaires chroniques, 65.
Mathieu. Traitement de la blennorrhagie, 231.
Mayor. Traitement général des luxations, 206.
Médecine en Orient, 73.
— sur les bords de l'Indus, 75.
— opératoire (nouveaux éléments de), 159.
Mercier. Effet du séjour des sondes dans l'urèthre, 143.
Mercure à petites doses, 22.
Mérycisme (observation sur le), 114.
Métrorrhagie traitée par le seigle ergoté, 116.
Moelle épinière. Recherches sur ses fonctions, 123.
Monésia (effets thérapeutiques), 157.
Morelle noire. Empoisonnement produit par ses baies, 111.
Moreli. Cure de l'ascite, 256.
Mortalité parmi les filles-mères, 116.
Morve aigue (recherches), 64.
Morve chez l'homme, 172.
Musc dans la tympanite, 26.

N.

Namias. Quinine, 255.
Narcotine (succédané de la quinine), 118.
Neumann. Tétanos à la suite d'une hémorrhagie, 166.
Névralgie du larynx, 22.
Névralgie des nerfs intercostaux, 221.
— du testicule, 22.
Névroses, 241.
Nicotiane. Effets physiologiques et thérapeutiques, 68.
— par Szerlecki, 244.
— dans l'ophthalmie, 245.
Nitrate d'argent. Etudes expérimentales, 209.

O.

Ongle incarné, 232.
Opération césarienne, 252.
— purulente. Traitement abortif, 245.
Ophthalmie belge, 29.
Opium (à haute dose dans le rhumatisme aigu), 167.
Orfila. Arsenic, 89, 133, 215.

P.

Pallois. Empoisonnement par les champignons, 212.
Panaris, 232.
Paralysies. Traitement, 247.
Paraplégie consécutive à une affection des ligaments de la moelle, 117.
Pariset. Eloge de Laënnec, 33.
Pasquier. Question sur la curabilité des hernies, 108.
Pelletan (J.-J.). Recherches sur la pneumonie, 76.
Paterson. Rougeole des auteurs allemands, 249.
Péreyra. Empoisonnement par l'extrait d'aconit-napel, 113.
Péritonite avec météorisme, 100.
— nouveaux signes caractéristiques, 169.
Persoz. Moyen de déceler l'arsenic, 217.
Petrequin. Paralysie, strychnine, 247.
Phthisie pulmonaire. Prophylaxie, 170.
Pichon-Dufellay. Empoisonnement par l'extrait d'aconit, 113.
Piédagnel. Digitale dans les contractions utérines, 245.
Pied-bot (traité pratique du), 60.
Piffard. Huile de morue, 247.
Piqure d'araignée. Effets graves, 72.
Pistorici. Fièvre métastatique, 120.
Placenta. Indications lorsqu'il se présente à l'orifice, 72.
— adhérent à l'utérus, 76.
Pneumonie chronique, 177.
— traitée par le musc, 110.
— Recherches statistiques, 76.
Poitrine chez les enfants, 151, 188.
Polia. Anthrakokali, 208.
Presbiopie (subite et passagère), 215.
Prix décernés, 78, 127.
— proposés, 78, 218.
Prostatite chronique, 117.
Puchelt. Traitement de la dyssenterie, 71.

Q.

Quinine. Études thérapeutiques, 255.

R.

Rage. Propagation d'homme à homme, 32.
Rayer. De la morve chez l'homme, 172.
Récamier. Rapport sur l'alun dans les maladies cancéreuses, 123.
Reid. Anasarque du cuir chevelu, 204.
— Anévrisme de l'aorte, 213.
Rétrécissement de l'urèthre, 29.
— Cautérisation avec une nouvelle pâte, 209.
— Scarification, 20.
Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, 119.
Rhumatisme articulaire, terminé par suppuration, 124.
— Traitement par l'opium à haute dose, 167.
Riche. Traitement de l'empoisonnement par l'arsenic, 67.
Rilliet et Barthez. De la poitrine chez les enfants, 151, 188.
— Tuberculisation des ganglions bronchiques, 163.
Robert-Latour. Mécanisme de l'inflammation, 238.
Roesch. Traitement de la dyssenterie, 71.
Ronzel. De l'hygiène dans les maladies, 67.
Rouséole des auteurs allemands, 249.
Ruete. Moyen pour rappeler la transpiration des pieds, 24.

S.

Sang. Les altérations dans les maladies, 238.
Santoli. Traitement de la tympanite, 26.
Scarlatine (sans exanthème), 106.

— Traitement, 71, 72.
Scrofules. Leurs causes, 125.
Sédillot. Luxation du bras, 256.
Ségalas. Uréthroplastie, 39, 127.
Seguin (d'Alby). Maladies articulaires chroniques, 67.
Seigle ergoté (dans la métrorrhagie), 166.
Sementini. Nouveaux signes caractéristique de la péritonite, 169.
Seutin. Appareils amovibles et inamovible, 56.
Sicard. Préparations d'argent, 234.
Simon (Max.) Acide cyanhydrique, 69.
Solly. Gangrène sèche chez un enfant, 251.
Sondes. Effets de leur séjour dans l'urètre, 143.
Soubeiran. Observations sur quelques plantes narcotico-âcres, 70.
Sterno-cleïdo-mastoïdien (section du) 247.
Soubrbielle. Taille sus-pubienne, 31.
Spæth. Peroxide de fer contre l'arsénite de cuivre, 119.
Spécificité dans les maladies, 107.
Stephens (Robert). Traitement de la variole, 21.
Stérilité (chlorotique), 66.
Strabisme. Nouvelle méthode opératoire curative, 172.
Strychnine (indicateur de la), 247.
Suette (miliaire) épidémique, 63.
Sueurs de pieds. Moyens pour les rappeler, 24.
Superfétation. Cas de, 251.
Suture (entortillée) dans l'anévrisme paranastomose, 23.
Syphilis (chez les animaux), 167.
— traitée avantageusement par les préparations d'argent, 234
Szerlecki. De la nicotiane, 68.

T.

Taille, 76.
— sus-pubienne 31.
Tartre stibié (empoisonnement par le), 171.
Théale. Asphyxie par le gaz hydrogène carburé, 118.
Tendons. De leur rupture, 166.
Tétanos à la suite d'une hémorrhagie.
Thibaut. Traitement de la pneumonie, 110.
Thibert (de Seurre). Anatomie pathologique, 211.
Thirial. Doctrine hippocratique, 45.
Torticolis. Section de sterno-mastoïdien, 247.
Trachée artère (expulsion d'un haricot de la), 124.
Tuberculisation des ganglions bronchiques, 163.
Tumeur blanche. Traitement par la compression, 162.
Tympanite. Traitement, 26.

U.

Urèthre. Lésions produites par les sondes, 143.
Uréthroplastie (lettre sur l'), 39, 127.
Utérus. Extirpation après l'accouchement, 74.
— Rétroversion pendant la grossesse, 119.

V.

Vaccination par le cow-pox, 218.
Valentine Mott, médecine en Orient, 73.
Variole. Nouveau traitement, 173.
Veiel. Opération césarienne, 252.
Velpeau. Traité de médecine opératoire, 159, 197.
— Portion de fœtus trouvé dans un testicule, 173.
Ventouse monstre, 31.
Vers vésicaux, 251.
Vichy (eau de), contre la goutte, 206.
Vigne. Inhumations précipitées, 61.
Vincent-Duval. Du pied-bot, 60.

Z.

Zoewenhardt. Indications à remplir lorsque le placenta se présente à l'orifice, 72.

FIN DE LA TABLE DU DEUXIÈME SEMESTRE.

Le directeur de service, *H. GOURAUD.*

IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie,
rue de Grenelle-St.-Honoré, 55.